

Sven Olaf Hoffmann · Ulrich Tiber Egle · Markus Bassler · Ralf Nickel · Frank Petrak  
Udo Porsch · Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,  
Johannes Gutenberg-Universität Mainz

# Psychotherapeutische Kombinationsbehandlung

## Wechselwirkung differenter Therapieteile innerhalb einer stationären psychodynamisch-verhaltens- therapeutischen Kombinationsbehandlung

### Zusammenfassung

Im Rahmen stationärer Psychotherapie werden traditionell verschiedene Therapieformen miteinander kombiniert. Gewöhnlich sind dies verbale Verfahren unterschiedlicher Orientierung als Einzel- oder Gruppentherapie, averbale Verfahren, vor allem Musik- und Gestaltungstherapie sowie körperbezogene Verfahren. Die Kombination erfolgt additiv, integrativ oder eklektisch. Über die Wechselwirkung solcher Kombinationsbehandlung ist wenig bekannt. Anhand der definierten additiven Kombination von psychodynamischer Therapie und kognitiver Verhaltenstherapie bei Agoraphobien und Zwangsstörungen wird ein Rational der Wechselwirkung diskutiert, das eine Grundlage für weitere Klärungsansätze darstellen könnte.

### Schlüsselwörter

Stationäre Psychotherapie ·  
Psychotherapeutische Kombinationsbe-  
handlung · Wechselwirkung von Psycho-  
therapie · Psychodynamische Therapie ·  
Kognitive Verhaltenstherapie (CBT)

### Die Diskussion um die allgemeinen Wirkfaktoren

Was in einer Psychotherapie wirksam wird, ist eine bis heute offene Frage. Zum einen geht es um die Frage nach den *generellen Wirkfaktoren*, die in jeder Form der Psychotherapie, wenn sie denn etwas bewirken soll, eigentlich wirksam werden müßten. Diese Diskussion ist alt, die aktuelle Diskussion wird beherrscht von den drei Wirkdimensionen K. Grawes, nämlich 1. der aktiven Hilfe zur Problembewältigung, 2. dem klärenden Vorgehen und 3. der Beziehungsbearbeitung (Grawe et al. 1994). Später hat Grawe (1995) die Ressourcenaktivierung und die Problemaktualisierung betont. Ausschließlich über den Beziehungsaspekt hatte H.H. Strupp 20 Jahre früher seine gemeinsamen Wirkfaktoren definiert, nämlich 1. eine helfende Beziehung, die sich nach dem Eltern-Kind-Muster aufbaut, 2. die Entstehung einer Machtbasis, von der aus der Therapeut den Patienten nach allgemeinen psychologischen Prinzipien beeinflusst, und 3. ein Patient, der die Fähigkeit hat, aus solchen Erfahrungen zu profitieren (1973).

Noch einmal anders akzentuiert J. Weinberger (1995). Er sieht als gemeinsame Wirkfaktoren 1. die therapeutische Beziehung, 2. die Erfolgserwartung, 3. die Problemkonfrontation, 4. die kognitive Kontrolle über das Problem und 5. die Erfolgs- bzw. Mißerfolgsattribution durch den Patienten. Erfolgserwartung und Erfolgsattribution tauchen nur bei diesem Autor auf.

Diese Diskussionen um die Wirkfaktoren, die natürlich viel früher begannen, und an deren Ende heute Grawes (1995) Entwurf einer „Allgemeinen Psychotherapie“ steht, ist sehr schwer objektivierbar. Alle Autoren, die in der Vergangenheit etwas dazu beitrugen, taten dies mit gescheiterten Argumenten. Dennoch verhält es sich wohl so, daß jeder Psychotherapeut eine mehr oder minder präzise Vorstellung davon hat, was in der von ihm vertretenen Psychotherapierichtung wirksam ist. Für die Psychoanalyse stammt die m.E. immer noch beste Übersicht über die Wirkfaktoren von L. Friedman (1978). Obwohl es nachstehend um die Wirkung psychodynamischer Therapie geht, gehen wir auf diese Darstellung nicht ein, um nicht in der eigentlichen Debatte über die Wirkfaktoren hängen zu bleiben. Die Verhaltenstherapie hatte es ohnehin immer leichter. Die Wirkfaktoren in der Pathogenese wie in der Therapie von Störungen sind die bekannten Lernprinzipien, wobei sich jedes Lernprinzip aus sich selbst erklärt. Hinzu kommen bei der zeitgenössischen Verhaltenstherapie weitere Prinzipien aus der Psychologie und Nachbardisziplinen.

Diese Einleitung soll verdeutlichen, daß wir zwar einige durchaus überzeugende Aussagen zu den allgemeinen Wirkprinzipien der Psychotherapie ha-

---

Prof. Dr. S.O. Hoffmann  
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische  
Medizin und Psychotherapie,  
Johannes Gutenberg-Universität Mainz,  
Untere Zahlbacher Straße 8, D-55131 Mainz

S.O. Hoffmann · U.T. Egle · M. Bassler  
R. Nickel · F. Petrak · U. Porsch

## The interplay of different therapeutic components within a combined psychodynamic-behavioural approach

### Summary

Within inpatient psychotherapy traditionally different therapeutic approaches are combined. Usually verbal interventions of different orientations and settings (e.g. individual and group therapy), nonverbal procedures (e.g. music and art therapy) and bodyoriented techniques are included. The combinations is merely additive, integrated or eclectic. Little is known about the reciprocal interrelation of such combinations. Along the example of a definite additive combination of psychodynamic and behavioural psychotherapy for agoraphobias and obsessive disorders a rationale for the interrelationship of the different therapeutic components is discussed.

### Key words

Inpatient psychotherapy · Combination of psychotherapies · Reciprocal interrelation in psychotherapy · Psychodynamic therapy · Cognitive behavioural therapy (CBT)

ben (der verstorbene A.E. Meyer, sprach 1990 gut begründet von kommunalen Faktoren, die er als einen neuen Mythos in der Psychotherapieforschung zur Erklärung von grob unterschiedlichen Ergebnissen kritisierte!), daß wir aber andererseits von klaren Aussagen über gesicherte spezifische Wirkfaktoren einzelner Therapieformen noch entfernt sind. Wir können zwar einige der spezifischen Wirkungen beschreiben; so scheint (dem klinischen Eindruck nach) die Psychoanalyse bei Persönlichkeitsstörungen und (klinisch-empirisch belegt) die Verhaltenstherapie bei ausgeprägten Angststörungen besonders wirksam. Auch warum dies so sein könnte, läßt sich, wenn man vom Behandlungssetting ausgeht, vielleicht ganz gut ableiten, die Benennung eines spezifischen Wirkfaktors aber, der in einem Falle aktiv wird und im anderen Falle nicht, fällt weiterhin schwer.

### Die Kombination unterschiedlicher Verfahren in der stationären Psychotherapie

Damit ist bereits etwas ausgesagt zur Schwierigkeit der Evaluation der *Wirkung differenter Therapieverfahren*, wenn man diese miteinander *kombiniert*. Insgesamt ist erstaunlich wenig auf diesem Gebiet gearbeitet worden. Vermutlich die meisten Publikationen befassen sich mit der Kombination von Pharmakotherapie einerseits und psychoanalytischer bzw. Verhaltenstherapie andererseits. Die Arbeiten zur Kombination von analytischer Therapie und Pharmakotherapie sind eher grundsätzlicher Art und, soweit sie ernsthaft sind, mußten sie sich alle mit dem Verdikt auseinandersetzen, daß das psychoanalytische Verfahren mit der gleichzeitigen Verabreichung von Psychopharmaka nicht durchführbar sei. Um diesen Punkt ist es heute ruhiger geworden. Zur Zeit meiner (S.O.H.) psychoanalytischen Ausbildung vor 30 Jahren konnte man in konservativen psychoanalytischen Gruppen nicht einmal darüber diskutieren. Ich erinnere noch mein Erstaunen, als ich K.R. Eissler 1968 in Berlin in einem Vortrag sagen hörte, wie eindrucksvoll diese neuen antidepressiven Substanzen seien: er habe seine Patienten jetzt, während seiner Abwesenheit von den USA, teilweise mit Antidepressiva behandelt, um ihnen die The-

rapieunterbrechung zu erleichtern. Im Berliner Psychoanalytischen Institut entstand seinerzeit eisiges Schweigen. Die Verhaltenstherapie, insgesamt viel unbekümmerter und weniger problembehaftet, führte die Diskussion im wesentlichen hinsichtlich der Frage, ob die Addition von Pharmakotherapie und Verhaltenstherapie eine Verbesserung der therapeutischen Effekte bewirke oder nicht. Damit wären wir wieder bei unserem eigentlichen Thema.

Im stationären psychodynamisch orientierten Behandlungssetting werden traditionell viele Verfahren miteinander kombiniert, wobei die psychoanalytische Einzel- und Gruppentherapie so etwas wie ein Rückgrat bildet, um das herum andere Therapien arrangiert werden. Meist sind dies die sog. *averbalen Therapieformen*, v.a. die Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT), die Gestaltungstherapie und teilweise Musiktherapie. In vielen Einrichtungen wird auch ein Entspannungsverfahren, hier meist das Autogene Training, dem Patienten zusätzlich angeboten. Da Gestaltungstherapeuten, Musiktherapeuten und KBT-Behandler meist eine tiefenpsychologisch fundierte Ausbildung haben, setzt man eine komplementäre Wirkung der genannten Verfahren anscheinend einfach voraus. Die nun zahlreicher werdenden verhaltenstherapeutischen Einrichtungen haben solche zusätzlichen (oder formal sehr ähnlichen) Therapieformen in der Regel übernommen – soweit zu sehen, wird der Hintergrund der Kombination der Verfahren insgesamt genauso wenig reflektiert.

### Die Art der Kombinationen

Für die *Art der Kombination* lassen sich drei Möglichkeiten beobachten: die additive, die integrative und die eklektische.

#### Die additive Kombination

Die *additive* Kombination wird die häufigste sein, sie steht auch hinter dem modellhaften Beispiel, das wir nachher ausführen. Wir unterstellen, daß es sich meist um eine unreflektierte Addition verschiedener Verfahren handelt – die additive Kombination zweier unterschiedlicher Verfahren hat aber auch den Vorteil, daß die einzelne Therapievariable ziemlich genau abgrenzbar ist.

### Die integrative Kombination

Als *integrative* Kombination könnte man ein Verfahren benennen, in dem ein umschriebenes Element eines anderen Verfahrens integriert ist. Dazu sei ein gut bedachtes Beispiel benannt. In Mainz behandeln wir Patienten mit chronischen Schmerzen mit psychodynamischer Psychotherapie. Wir haben aber einzelne Elemente aufgenommen, die einen verhaltenstheoretischen Hintergrund haben, sich aber mühelos integrieren lassen. Z.B. wird die gesamte Schmerzmedikation bei uns ausschließlich „nach Schema“ und nie nach Bedarf vergeben. Dahinter stehen verhaltenstheoretische Überlegungen, daß jede Medikation „bei Bedarf“ eine erhöhte Auftretenswahrscheinlichkeit des Schmerzverhaltens (hier speziell Medikamenteneinnahme bzw. -verlangen) zur Folge hat. Dies läßt sich durch die enge Koppelung der Medikation an die Beendigung des aversiven Schmerzerlebens erklären, wodurch die Medikamenteneinnahme negativ verstärkt wird. Auch die direkte positive Verstärkung von Schmerzverhalten durch die räumlich zeitliche Nähe zu positiv erlebten Kontakten zum Pflegepersonal, kann bei einer Bedarfsmedikation angenommen werden. Eine Schemabehandlung, auch wenn der Patient keine Schmerzen hat, wird in ihrer Intensität gleichmäßig immer mehr zurückgenommen und bei Verstärkung der Schmerzen gleichmäßig angehoben. Das verhaltenstheoretisch begründete Therapieelement wird in diesem Fall in ein übergeordnetes, hier psychodynamisches, Referenzsystem *integriert*, ohne daß es eines weiteren Bezugs auf andere Gesichtspunkte der Verhaltenstheorie bedarf.

### Die eklektische Kombination

Die unübersichtlichste Kombination ist aus unserer Sicht die *eklektische*. Dabei werden einzelne Verfahren aus einzelnen Therapieformen zusammengewürfelt, ohne daß ein konzeptuelles Hintergrundgerüst erkennbar wird. Dies muß nicht unbedingt bedeuten, daß solche Therapiekombinationen schlecht oder wirkungslos sind, aber die Einschätzung der wirksamen Komponenten ist dabei außerordentlich erschwert.

Nun zur konkreten Kombination und zur Untersuchung von deren Wech-

selwirkungen. Uns ist nur eine Publikation zum Problem der Kombination aus den 80er Jahren ersichtlich (Carl et al. 1982), für die ich (S.O.H.) verantwortlich zeichnete. Diese Studie untersucht die Wechselwirkung bzw. überhaupt die Beziehung der analytischen Gruppentherapie und der Konzentrativen Bewegungstherapie. Wir waren damals an der Psychosomatischen Universitätsklinik in Freiburg in der günstigen Lage, die analytische Gruppentherapie und die Konzentrativen Bewegungstherapie in der Gruppenform in gleicher Frequenz, nämlich mit jeweils vier Wochenstunden, einzusetzen und damit vom Konzept her vergleichen zu können. Über einen Zeitraum von zwei Wochen wurde der Verlauf jeder einzelnen Sitzung mit operationalisierten Beschreibungskriterien dokumentiert (so erfaßten wir z.B. *formale Kriterien*, wie Vollständigkeit der Gruppe, Zuspätkommen, vorzeitiges Verlassen u.a. sowie Aktivität und Passivität der Therapeuten, Einbeziehung des Therapeuten versus Selbstbezug der Gruppe, Einzelfallarbeit versus Gruppenprozeß und weiteres). Am Ende ergab sich so eine halbquantitative Möglichkeit, den Gruppenprozeß in beiden Therapieformen zu beschreiben. Das Ergebnis, welches vielleicht heute noch von Interesse ist, war, daß der Therapieprozeß im verbalen Verfahren dem im averbalen zeitverschoben hinterherlief. „Die KBT geht voran“, formulierten wir damals. Beschrieben wurde hier lediglich eine Interaktion der beiden Therapieformen hinsichtlich ihrer Abbildung eines übergreifend verstandenen stationären Therapieprozesses. Auf den Gedanken, daß unsere beiden Hauptverfahren sich seinerzeit nicht ergänzen, sondern wechselseitig behindern könnten, war niemand von uns gekommen.

### Ein Mainzer Modell der Kombination von psychodynamischer und Verhaltenstherapie

In Mainz haben wir vor einiger Zeit angefangen, in das Konzept psychodynamischer verstandener Behandlung zusätzlich verhaltenstherapeutische Therapieelemente einzubeziehen. Genau genommen verlief dieser Prozeß in zwei Schritten: einem mehr dilettantischen und einem mehr professionellen. Im ersten Schritt hatten wir versucht, bei

agoraphoben Patientinnen zusätzlich zur psychodynamischen Therapie durch verhaltenstherapeutisch ausgebildete Schwestern ein Expositionstraining durchführen zu lassen und hatten auch in der Einzeltherapie – getreu der Empfehlung Freuds von 1919 – die Patienten aktiv zur Angstkonfrontation und Unterdrückung der Vermeidung aufgefordert. Wir hatten den Eindruck, daß unsere Patientinnen durchaus mehr profitierten als vom psychodynamischen Vorgehen allein. Als dann ein ausgebildeter Verhaltenstherapeut in unser Team kam, wurde die Diskussion um unser Vorgehen verschärft, was viel zur Klärung beitrug, und wir entschlossen uns, modellhaft jetzt eine andere Kombination zu versuchen: 15 Patienten (8 Frauen, 7 Männer) mit Angst- oder Zwangsstörungen wurden im Rahmen einer Pilotstudie kombiniert mit Verhaltenstherapie und psychodynamischer Therapie behandelt. Für die Untergruppe der 7 Patienten mit Agoraphobie erfolgte ein Vergleich mit 7 Patienten aus dem Standardsetting. Dabei wurden die beiden Gruppen (Kombinationsbehandlung vs. Standardsetting) hinsichtlich der Diagnose, des Geschlechts, des Alters und des Schweregrads gematcht. Das Standardsetting umfaßt eine psychodynamische Gruppen- und Einzeltherapie unter Einbeziehung von „verhaltenstherapeutischen Elementen“. Dies bedeutet, daß parallel zur psychodynamischen Therapie Expositionsübungen durch Pflegepersonal durchgeführt werden. Eine begleitende Verhaltenstherapie mit ausführlicher Problemanalyse und kognitiver Vorbereitung auf die Expositionsübungen findet dabei nicht statt.

Die verhaltenstherapeutische Behandlung war nun ebenso klar definiert wie die psychodynamische; der Verhaltenstherapeut (F. P.) führte, unabhängig von der gleichzeitig laufenden psychodynamischen Behandlung im Einzelbetting und in der Gruppe, ein von ihm entworfenes Setting durch (für die genaue Beschreibung der Vorgehensweise vgl. Petrak et al. 1998, im Druck). Die Ergebnisse können sich sehen lassen: die kombiniert behandelten Patientinnen lagen, auch bei Berücksichtigung des Pilotstudiencharakters und der sehr kleinen Fallzahlen, in ihren Effektstärken z.T. mehrfach über den eindimensional behandelten.

Folgende Evaluationsdaten können derzeit berichtet werden: Die Effektstärken beziehen sich auf  $n=7$  Patienten mit Agoraphobie (4 Frauen, 3 Männer). Sie wurden bislang in der Prä-Post-Messung ohne Katamnese erreicht.

Zum Vergleich der Effektstärken mit 7 gematchten Patienten aus dem ausschließlich psychodynamischen Setting (allerdings unter Einbeziehung von „VT-Elementen“) liegen Vergleichsdaten vor (s. Tabelle 1).

Verglichen wurde also, das sei noch einmal in Erinnerung gerufen, eine Gruppe von Patientinnen und Patienten, die psychodynamisch und eine weitere, die kombiniert psychodynamisch und kognitiv-behavioral behandelt wurde. Alle Patientinnen und Patienten hatten eine Agoraphobie als Leitsymptom.

Bevor wir zu grundsätzlichen Überlegungen kommen, sollen noch einmal praktische Aspekte aufgezeigt werden: nachdem das Therapeutenteam sich auseinandergesetzt und zusammengerauft hatte, nachdem die Befürchtungen geklärt und die Rivalitäten offengelegt waren, bereitete die eigentliche Durchführung und die Implementation des konzeptfremden verhaltenstherapeutischen Verfahrens in das analytische Stationssetting überraschend wenig Schwierigkeiten. Den Patienten war eine Verwirrung am wenigsten anzumerken. Ihnen hatten wir zwar gesagt, daß sie mit zwei verschiedenen Konzepten behandelt würden, aber wir hatten die Information weggelassen, daß

viele Fachleute meinten, eine solche Kombinationsbehandlung sei in der Sache gar nicht möglich. Zwar waren durchaus im analytischen Sinne Widerstände wahrzunehmen – in einzelnen Fällen machte sich dieser dann an der Aufwertung der Verhaltenstherapie und der Abwertung der analytischen Therapie fest –, aber das Ausmaß der objektivierbaren Schwierigkeiten war mit Sicherheit nicht größer als das, was aus den eigentlichen Problemen der Patienten an Schwierigkeiten ohnehin auf die Therapeuten zukommt. Auf Therapeutenseite wurde das wechselseitig andere Verfahren respektiert, was durchaus keiner konzeptuellen Akzeptanz entsprach. Wir bemühten uns aber sehr bewußt, die Probleme in unseren Köpfen von denen der Patienten fernzuhalten, was diese uns offensichtlich mit guten Behandlungserfolgen dankten.

Nun scheint doch ein Wort zu den spezifischen Akzentuierungen des psychoanalytischen und des behaviouralen Ansatzes unumgänglich, wobei wir immer noch versuchen, die Grundsatzdiskussion am Modell der Wirkfaktoren zu vermeiden. Die *psychoanalytische Therapie* fokussiert ganz fraglos auf den Umgang mit den eigenen Emotionen, die bewußt oder unbewußt sein können. Hinzu kommt die therapieimmanente Betonung von Kognitionen („Einsichten“), so daß man vereinfachend den analytischen Zugang als einen *kognitiv-emotionalen Ansatz* bezeichnen könnte, wobei die Arbeit an unbewußten und Beziehungsprozessen eine be-

sondere Rolle spielt. Demgegenüber akzentuiert die Verhaltenstherapie natürlich das Verhalten auf verschiedenen Ebenen in seiner Funktionalität und Dysfunktionalität und hat darüber hinaus einen entscheidenden Zugang über die Kognitionen. Auch bei der bei uns praktizierten Form der Verhaltenstherapie handelt es sich um eine *kognitiv-behaviorale Therapie*, bei der neben der eigentlichen Verhaltensmodifikation, z.B. in Form der Expositionsbehandlung, großer Wert auf die Bedeutung der Kognitionen und emotionalen Veränderungsprozesse gelegt wird. Diese beiden Akzente der hier kombinierten Therapieverfahren kann man mit folgenden Formeln, wie ich (S.O.H.) sie im Studentenunterricht einsetze, konkretisieren:

### Verstehe Dich besser – Verhalte Dich sinnvoller

Die Kurzformel für den psychoanalytischen Ansatz hieße: „*Verstehe Dich besser*“, man könnte ergänzen: „besonders Deine konflikthafte Emotionen“. Demgegenüber ließe sich der verhaltenstherapeutische Ansatz unter kognitivem Aspekt als „*Verhalte Dich sinnvoller*“ beschreiben. Man könnte hinzufügen: „im Hinblick auf Dein persönliches Wohlbefinden“. Solche Kurzformeln sind natürlich auch kurzschlüssig, aber sie haben, wie alles, was man sich merken kann, auch ihren Wert. Je komplexer die Information, die man übermitteln möchte, desto größer die Tendenz, sie auf einen einfachen Inhalt zu verdichten (wenn dies zutrifft, dann bin ich dafür, daß ich selbst die Vereinfachung vorgebe, dann ist sie wenigstens mir genehm! S.O.H.).

### Sechs Hypothesen zur Wechselwirkung von Ver- haltenstherapie und psycho- dynamischer Therapie

In der Folge möchten wir versuchen, uns der Frage der Wechselwirkung zweier so verschiedener Therapieformen, wie der psychoanalytisch orientierten und der Verhaltenstherapie mit einer Reihe grundsätzlicher Annahmen zu nähern. Dabei sollen alle denkbaren Möglichkeiten der Interferenz beider Verfahren durchgespielt werden – in einem ersten Ansatz erst einmal ohne Betrachtung der Wahrscheinlichkeit.

Tabelle 1  
Kombinationsbehandlung bei Patienten mit Agoraphobie

Outcomevariablen	Meßinstrumente	Effektstärken*	
		A	B
Vermeidungsverhalten, alleine:	MI-A:	d=4,75	d=0,76
Vermeidungsverhalten, begleitet:	MI-B:	d=2,24	d=0,99
Angst vor körperlichen Erregungssymptomen	BSQ:	d=2,16	d=0,60
Häufigkeit angstbezogener Kognitionen	ACQ:	d=2,03	d=0,18
Depressive Verstimmung	BDI:	d=1,72	d=0,73

\* d=Effektstärke korrigiert für kleine Stichproben  
A) Verhaltenstherapeutisch-psychodynamische Kombinationsbehandlung  
B) Psychodynamische Therapie unter Einbeziehung von „VT-Elementen“ (Expositionsübungen mit Krankenschwestern ohne VT-Behandlung)  
1) Parallelisierung nach Diagnose, Geschlecht, Alter, Schweregrad der Angststörung, Zufallsauswahl wenn mehr als 1 Patient die o.g. Kriterien erfüllt

1. VT und PA zeigen *keine* Wechselwirkung. Die Effektstärke des wirksamen Verfahrens überlagert die des weniger wirksamen. Das schwächere Verfahren ist entbehrlich.
2. VT und PA zeigen eine synergistische Wechselwirkung. Die Effektstärke des wirksamen Verfahrens überlagert gleichfalls die des weniger wirksamen. Das schwächere Verfahren ist ebenfalls entbehrlich.
3. VT und PA zeigen eine synergistische Wechselwirkung. Die Effektstärke beider Verfahren *addiert* sich. 3a) Die höchste mögliche Effektstärke liegt bei der Summe beider Einzelverfahren. 3b) Die Effektstärke liegt unterhalb der Summe beider Einzelverfahren, weil durch gleichgerichtete Anteile Effizienz verlorengeht (*Wirksamkeitsüberschneidung*).
4. VT und PA zeigen eine synergistische Wechselwirkung. Die Effizienz beider Verfahren *potenziert* sich. Sie liegt idealerweise bei Werten über der Summe beider Einzelverfahren, weil different wirkende Therapievorgänge zu einer überadditiven Potenzierung der Wirkung führen.
5. VT und PA zeigen eine antagonistische Wechselwirkung. Die Verfahren hemmen sich aufgrund ihrer differenten Mechanismen wechselseitig. Es kommt zu Effektstärken, die unterhalb dessen liegen, was VT und PA jeweils für sich alleine bewirken könnten.
6. VT und PA zeigen synergistische und antagonistische Wechselwirkung. Solange die wirksamen Therapieelemente beider Verfahren nicht sicher abgrenzbar sind, sind Aussagen über die Richtung der Effektstärke nicht möglich.

Natürlich liegt unsere Hoffnung bei der Kombination von Verfahren auf einer sich potenzierenden Wirkung, und nicht bei der Vorstellung sich wechselseitig hemmender Therapieprinzipien. Im Falle unserer Studie können wir derzeit die Frage nicht beantworten, ob die kumulative Wirkung beider Verfahren tatsächlich oberhalb dessen liegt, was Verhaltenstherapie allein erreichen könnte. Im zweiten Falle könnte man das analytische Verfahren fortlassen. Gegenwärtig gehen wir davon aus, daß im Falle der Agoraphobie die Verhaltenstherapie stärker am Symptom wirksam

wird (wobei aus verhaltenstherapeutischer Perspektive nicht von einem Symptom, sondern von einem umschriebenen Problemverhalten gesprochen würde) und die psychodynamische Therapie mehr am Persönlichkeitshintergrund. Grawes et al. (1994) Einschätzung der Wirksamkeit der psychoanalytischen Therapie läßt eine solche Interpretation schlüssig erscheinen. Wir kommen noch einmal darauf zurück.

Vorweg erscheint eine grundsätzliche Überlegung von Bedeutung: Man kann davon ausgehen, daß jede Psychotherapie ihr eigenes Wirkprofil hat – wobei symptomorientierte Techniken am ausgeprägtesten symptomnahe Veränderungen bewirken, während beispielsweise Psychoanalyse eher breit ansetzt und dabei wahrscheinlich zeitlich verzögert wirksam wird (wie sich aus ersten Befunden einer laufenden Katanesestudie der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung zeigt).

Wenn man in einer Modellüberlegung die Interaktion zweier Therapieverfahren prüft, dann wäre vorweg zu definieren, ob diese Interaktionseffekte hinsichtlich eines spezifischen Symptoms (bzw. Therapieziels) betrachtet werden. Es ist zu vermuten, daß die VT sich als eindeutig überlegen zeigen wird, wenn nur ein Zielkriterium berücksichtigt würde (und entsprechende Fragebögen gerade auf die Evaluierung dieser Dimension zugeschnitten wären). Allerdings ist anzunehmen, daß dies nur für bestimmte einfache Symptome (z.B. phobische) so zutrifft. Bei Patienten mit multiplen Symptomen (z.B. auf dem Hintergrund einer weitergehenden Ich-strukturellen Störung) dürfte die Kombination von PA und VT mehr Erfolg erreichen als jedes der beiden Verfahren für sich allein.

Wenn man also von Kombination zweier Therapieverfahren spricht, wäre genauer zu definieren, hinsichtlich welcher Störung bzw. Symptomatik man dies für vernünftig und überprüfenswert hält. Bei beiden Therapieverfahren wird sodann zwischen eher unspezifischen und spezifischen Wirkfaktoren zu unterscheiden sein, wobei aus logischen Gründen eine verbesserte Wirksamkeit der Kombination beider Therapieverfahren wohl nur dann erwartet werden kann, wenn deren spezifischen Wirkfaktoren sich gegenseitig sinnvoll ergänzen. In diesem Sinn beispielsweise

se ist etwa die Exposition in vivo ein spezifischer Wirkfaktor der VT, welcher sinnvoll in die PA integriert werden kann.

Bisher richteten sich unsere Überlegungen auf die Effektstärke. Man könnte auch die Dimension der *Symptomfreiheit nach der Behandlung* als Variable heranziehen. Zu diesen Fragen kann unsere kleine Pilotstudie bisher keine Aussagen machen, weil wir noch keine Katanese haben, was bedauerlich ist. 1996 erschien aber eine interessante Studie in den „Archives of General Psychiatry“, in der die Kombination eines Pharmakons (Clomipramin) mit psychodynamischer Kurztherapie (15 Sitzungen) versus Pharmakotherapie allein randomisiert und kontrolliert verglichen wurde (Wiborg u. Dahl 1996). Die Zielsymptomatik war eine Panikstörung. Das Ergebnis ist eindrucksvoll. Im 9-Monatszeitraum nach Abschluß der Behandlung erlitten 80% der ausschließlich pharmakotherapierten, aber nur 30% der kombiniert behandelten Patienten einen Rückfall. Anzumerken ist, daß der psychodynamische Therapieanteil hinsichtlich seiner „Dosis“ eher klein ist. Wir gehen in unserem eigenen Kurztherapiemodell für Angstkrankheiten (Hoffmann u. Bassler 1995) von mindestens 30, besser 45 Sitzungen für stabile Behandlungserfolge aus. Der Effekt der Kombination von zwei Therapieverfahren muß sich also nicht nur im Ausmaß der Symptomrückbildung niederschlagen, sondern kann auch als *Maß der Rezidivprophylaxe* nachweisbar werden. Weitere Felder der Effektivitätskontrolle sind denkbar.

Wir möchten hier zuerst das erwähnte Gebiet der *Persönlichkeitsstörungen* nennen. Symptomrückbildung müßte – geht man von der psychoanalytischen Therapiekonzeption aus, wenn sie andauernd sein soll, mit einer Verbesserung der Situation der in der Gesamtpersönlichkeit wirkenden psychischen Grundlagen einhergehen. Nun sind diese nicht einfach meßbar, und die Beschreibung der Persönlichkeitsstörungen in der ICD-10 wie im DSM-IV ist derzeit noch unbefriedigend. Besser geeignet könnten z.B. veränderungssensible Persönlichkeitstests sein. Der Stand ist hier allerdings auch nicht sehr befriedigend. So erscheinen Hoffnungen auf die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) be-

rechtigt, insbesondere ihre Achsen „Beziehung“, „Struktur“ und „Konflikt“ (Arbeitskreis OPD 1996).

### Schlußbemerkung

Das Problem der Kombination differenter Therapieverfahren ist nach dem Ausgeführten wissenschaftlich vielfältig. Es bedarf eines klar definierten, überschaubaren und allseits akzeptierten praktischen Settings. Es muß Übereinstimmung hinsichtlich der als Effektorvariablen gewählten Erfolgsmaße bestehen, die in der Regel das eine oder andere Verfahren begünstigen, und es muß schließlich ein Bewußtsein dafür vorhanden sein, wie vielfältig die synergistischen oder antagonistischen Wechselwirkungen der Verfahren sein können, ohne daß dies überhaupt auffällt. Unseren Beitrag verstehen wir als Versuch der Sensibilisierung in dieser Richtung

## Literatur

- Arbeitskreis OPD (Hrsg) (1996) OPD – Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, Grundlagen und Manual. Huber, Bern Göttingen Toronto, S 1–256
- Carl A, Fischer-Antze J, Gaedtker H, Hoffmann SO, Wendler W (1982) Vergleichende Darstellung gruppenspezifischer Prozesse bei konzentrativer Bewegungstherapie und analytischer Gruppentherapie – zugleich ein Versuch zur formalen Beschreibung dieser Prozesse. In: Stolze H (Hrsg) Die Konzentrativer Bewegungstherapie. Grundlagen und Erfahrungen. Mensch und Leben, Berlin, S 167–186
- Freud S (1919a) Wege der psychoanalytischen Therapie. GW ed 13, S 181
- Friedman L (1978) Trends in the psychoanalytic theory of treatment. *Psychoanal Q* 47:524–567
- Grawe K, Donati RB, Bernauer F (1994) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen
- Grawe K (1995) Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40: 130–145
- Hoffmann SO, Bassler M (1995) Zur psychoanalytisch fundierten Fokalthherapie von Angsterkrankungen. Erste Erfahrungen mit einem „Manual“ aus einer Therapiestudie. *Forum Psychoanal* 11:2–14
- Meyer A-E (1990) Kommunale Faktoren in der Psychotherapie als Erklärung für nicht grob unterschiedliche Ergebnisse – ein Mythos mehr in der Psychotherapieforschung. *PPmP* 40: 152–157
- Strupp HH (1973) Toward a reformulation of the psychotherapeutic influence. *Int J Psychiat* 11: 263–327
- Weinberger J (1995) Common facts aren't that common: the common factors dilemma. *Clin Psychol* 2: 45–69
- Wiborg IM, Dahl AA (1996) Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder? *Arch Gen Psychiat* 53: 689–694