

Kächele H (1986) Aktuelle Trends der Ergebnisforschung in der Psychotherapie und deren Bedeutung für die Psychosomatik. *Psychother Psychol Med* 36: 307-312

Aktuelle Trends der Ergebnisforschung in der Psychotherapie und deren Bedeutung für die Psychosomatik.

Horst Kächele, Ulm

1971 erschien eine kurze Stellungnahme von Lester Luborsky zu den ersten sich abzeichnenden Ergebnissen der Therapieforschung, die schon im Titel eine damals noch vorherrschende Skepsis zu erkennen gab: Research cannot yet influence practice. In der Einleitung zu seinem 1984 erschienen Lehrbuch der expressiv-supportiven Psychotherapie hat sich diese Einstellung entscheidend geändert. Heute scheint es möglich, allgemeine und spezielle Hinweise auf praktische Konsequenzen bisheriger Therapieforschung zu geben. Allerdings muß bei dem Verhältnis von Praxis und Forschung in der Psychotherapie berücksichtigt werden, dass Psychotherapie in ein komplexes System der medizinischen oder psychologischen Versorgung eingebaut ist, deren Eigenarten nicht nur von Psychotherapeuten bestimmbar sind. Deshalb ist es sinnvoll, zwischen Forschung und Evaluation zu unterscheiden.

Psychotherapieforschung in dem von mir im Folgenden gebrauchten Sinn bezieht sich auf bestimmte Ausschnitte des Behandlungssystems, in dem als Psychotherapie explizit gekennzeichnete Verfahren zur Anwendung gebracht werden. Für die Betrachtung des ganzen Systems ist es angebracht, von Evaluationsforschung zu sprechen. Evaluation beschreibt "dabei den Prozess der Beurteilung des Wertes eines Produktes, Prozesses oder eines Programmes, was nicht notwendigerweise systematische Verfahren oder datengestützte Beweise zur Untermauerung einer Beurteilung erfordert" (Wittmann, 1985, S.17). In diesem Sinn wird in der Bundesrepublik Deutschland z. B. die Brauchbarkeit der Krankenkassenregelung für Psychotherapie jährlich auf einer Gutachtersitzung evaluiert.

Psychotherapieforschung zielt im Wesentlichen auf die Untersuchung des Verhältnisses von Verlauf und Ergebnis innerhalb vorgegebener sozio-kultureller Rahmenbedingungen.

Nach wie vor zeigen viele Psychotherapeuten eine vornehme Zurückhaltung, wenn es um die Relevanz von Ergebnisforschung geht. Diese Zurückhaltung hat viele Gründe, von denen die weltanschauliche Position, dass psychotherapeutisches Tun sich überhaupt nicht mit Effizienzkontrolle und Effektivitäts-

nachweis verträgt, wohl am Abnehmen begriffen ist. Wir sollten überlegen, ob die bei uns im internationalen Vergleich einzigartig dastehende großzügige Finanzierung der psychodynamisch orientierten Behandlungsverfahren, den Drang nach empirisch- kritischer Aufarbeitung nicht auch schwächt, bzw ihn gar nicht erst aufkommen lässt. Die Haltung der Krankenkassen, sich mehr auf die evaluierenden Aussagen der Gutachtergremien zu verlassen anstatt nach kontrollierten Studien zu rufen, ist nach wie vor bemerkenswert. Vielleicht tun sie recht daran, denn die Forschungslage im Bereich der Outcome-Forschung kann auch dem Außenstehenden recht verwirrend erscheinen. Trotzdem lassen sich einige Aussagen zur praktischen Relevanz bisheriger Therapieforschung machen.

Frägt man, in welcher Weise die bisherige systematische Forschung das klinische Feld beeinflusst hat, so sind generelle, die Stellung der Psychotherapie als legitimierte Behandlungsmethode bestimmenden Einwirkungen von konkreten behandlungstechnischen Folgen wohl zu unterscheiden. Auf gesellschaftlicher Ebene kann man wohl davon ausgehen, dass die Akzeptanz von Psychotherapie im allgemeinen Bewusstsein sich zwar erheblich verbessert hat, aber in wesentlichen Bereichen z. B. der Einbeziehung von Psychologen als selbständigen Teilnehmern am Versorgungssystem noch sehr kontrovers gesehen wird. Die Frage des volkswirtschaftlichen Nutzens von Psychotherapie steht bei uns erst am Anfang einer kritischen Diskussion, bei dem wir heute nicht mehr nur mit der historischen Studie von Dührssen argumentieren können (s. d. Thomas, 1987). Das Office of Technology Assessment des Kongresses der Vereinigten Staaten hat hierzu 1980 eine Studie vorgelegt, in der grundsätzlich die positiven ökonomischen Wirkungen von Psychotherapie bejaht werden und weitere Studien dazu angeregt werden (OTA 1980).

Betrachten wir z. B. die Frage der Therapiedauer als einer im öffentlichen Bewusstsein stets wichtigen Größe, so können wir gewiss noch heute davon ausgehen, dass im allgemeinen Erleben die Vorstellung besteht, dass Psychotherapie meist langwierig, teuer und wenig erfolgreich ist.

Diesen Vorstellungen kann geholfen werden: als Heil-Mittel kann ich Ihnen eine Statistik anbieten, die wir seit 13 Jahren mittels eines Patientendokumentationssystems erheben, nämlich die Dauer von Behandlungen. Aufgrund dieser Erhebung bei über 1800 Behandlungen können wir sagen, dass zumindest an der Ulmer Ambulanz 55% der Patienten bereits nach 20 Stunden, und 75% nach 40 Stunden die Behandlung beenden (Bild 1). Die Aufschlüs-

selung dieser Behandlungen nach der zeitlichen Dauer anstelle der Stundenzahl zeigt eine langsam abflachende Kurve, die den 75% Wert ungefähr nach einem Jahr erreicht. Da wir in dieser Übersicht alle verschiedenen Therapieformen einbezogen haben, können wir festhalten, dass der Mehrzahl der Patienten, die unsere Ambulanz aufsuchen, mit Recht gesagt werden kann, dass sie in einem umschriebenen Zeitraum eine Hilfestellung finden können.

Sie werden fragen, ob diese Behandlungen auch erfolgreich abgeschlossen werden. Hierzu kann ich zunächst mit dem allgemeinen Hinweis antworten, dass nur 11% dieser Behandlungen nicht in gemeinsamen Einvernehmen beendet werden. Würde ich nun das Ergebnis dieser anfallenden Stichprobe von Behandlungen durch ein Urteil der Therapeuten belegen, würde man mir mit Recht vorhalten, dass nur kontrollierte Studien zuverlässige Aussagen über den Erfolg bieten.

Ich benutze deshalb eine Sekundäranalyse von Howard et al. (1986), um zu zeigen, dass die Agglomeration vieler einzelner kontrollierter Studien über insgesamt 2431 Patienten einen ähnlichen Verlauf der Dosis-Wirkungs-Kurve, wie ich sie für die Dauer von Behandlungen an der Ulmer Ambulanz zeigen konnte, ergibt (Bild 2). Ich denke, es ist aufschlußreich zu sehen, dass nach 26 Stunden Applikation des Pharmakons <Psychotherapie> in einer Dosierung von 1 Stunde pro Woche für 75% der Patienten in einem Zeitraum von 6 Monaten messbare Effekte nachweisbar sind; dann flacht die Kurve der objektiven Besserungskriterien deutlich ab. Dieser Knick entspricht der klinischen Erfahrung, dass es entweder gelingt, in einem kurztherapeutischen Ansatz wesentliches zu erzielen oder die Behandlungen verlaufen unter einem anderen Veränderungsmodell, indem nur langsam wachsende Gewinnraten beobachtet werden können. Sozialpolitisch höchst bedeutsam ist natürlich, dass in dem oberen Bereich der Kurve der exponentielle Charakter der aufzubringenden Stundenzahl im Verhältnis zur Besserungsrate immer stärker sich ausprägt.

Für die alltägliche klinische Praxis können wir heute davon ausgehen, dass für Ulm auch zutrifft was, weltweit in nun über 900 kontrollierten Studien (Grawe, 1986) für die verschiedensten Psychotherapieformen gezeigt werden konnte: als Ergebnis umfangreicher Auswertungen mit der Methode der Metaanalyse kann behauptet werden, dass 70% der Patienten mit Behandlung besser daran sind als ohne Behandlung.

Diese statistischen Angaben sind geeignet, die rein legitimatorischen Anstrengungen einstellen zu können, die generelle Effizienz von Psychotherapie nachweisen zu müssen.

Stattdessen werden zunehmend Fragen nach der Verbesserung bestehender Verhältnisse gestellt. Aus einem Screening der deutschsprachigen Literatur der letzten Jahre (Kächele, 1986)

- wobei ich meine 1981 vorgelegte Übersichtsarbeit über psychoanalytische Therapieforschung als Ausgangspunkt nehme, in der ich ergebnisorientierte Arbeiten aus den Jahren 1972 - 1981 zusammenfassend dargestellt habe (Kächele, 1981) -

lässt sich ableiten, dass das Thema der Indikation und damit verknüpft das der Prognose direkt oder indirekt sehr viele Arbeiten bestimmt (Baumann, 1981).

Die Zentrierung auf das Indikationsproblem reflektiert naheliegenderweise das Interesse psychotherapeutischer Institutionen, die im Grunde genommen via Indikation Ressourcen verteilen müssen, deren Wirkungsgrad zwar gruppenstatistisch zu sichern ist, aber deren Begründung im Einzelfall noch immer weitgehend von der klinischen Erfahrung des einzelnen Therapeuten bestimmt wird.

Diesem allgemeinen Trend-Entscheidungsfragen über die bislang vorherrschenden Erfolgsfragen zu stellen, lässt sich auch an zwei deutschen Studien aufzeigen, die mit der Qualität ihrer Durchführung hohe Maßstäbe gesetzt haben. Die Kurzpsychotherapie - Vergleichsstudie zwischen klienten-zentrierter Psychotherapie und psychoanalytischer Fokalthherapie von Meyer und Mitarbeitern (1981) entsprach im Ansatz dem bis Mitte der siebziger Jahre vorherrschenden Pferderennen-Modell; an die Stelle der klinisch begründeten Indikation zu einem der beiden Verfahren wurde der randomisierten Zuweisung zu den treatments der Vorzug gegeben. Die Ergebnisse der Untersuchung schärfen den Blick für die Leistungsfähigkeit beider dort konkurrierenden Verfahren.

Das Heidelberger Katamnesenprojekt von Bräutigam und Mitarbeitern (Bräutigam et al.,1980; Senf et al.,1984; Kordy u. Senf,1985) ist von seiner anfänglichen Orientierung am kompetitiv-vergleichenden Ziel abgekommen und fokussiert in der Auswertung nun auf eine vergleichende Evaluation der verschiedenen Verfahren, die unter klinisch begründeten Gesichtspunkten indiziert werden. Der Ergebnisforschung wird eine Rolle bei der Ermittlung günstiger oder ungünstiger Behandlungsbedingungen zugeschrieben, die sich direkt auf die klinische Praxis beziehen lassen (Senf et al.,1984). So könnte die Übernahme folgender Empfehlungen von Kordy und Senf (1985) zu einer engeren Verknüpfung von Forschung und Klinik führen; diese stellen sicher, dass die Therapieforschung auch jene Fragen beantworten kann, die den Kliniker interessieren (Bild 3):

Praxis-orientierte Ergebnisforschung

1. Ergänzung uni- oder multivariater Mittelwertvergleiche durch individuelle Erfolgsbewertung
2. Explizite Formulierung von Erfolgskriterien
3. Ein Ernstnehmen der interindividuell unterschiedlichen Ergebnisse auch oder gerade bei gruppenstatistischen Vergleichen
4. Eine hypothesen generierende statistische Analyse der Bedingungen für Erfolg und Mißerfolg, was die Forschung auf die klinische Praxis zurückführt
(Kordy und Senf,1985)

Ein gutes Beispiel für einen praxis-relevanten Forschungsprozess beschreibt Luborsky bei der Entdeckung und nachfolgenden Entwicklung seines "helping alliance" Konzeptes und der damit verbundene Instrumente.

Im Rahmen des Penn Psychotherapy Projektes wurden 73 Behandlungen mit einer mittleren Behandlungsdauer von 44 Stunden (Spannweite 8 - 264 Std.) in einem Prozess-Outcome Design untersucht. Zunächst wurde das prädiktive Gewicht prognostischer Faktoren identifiziert, wie sie in der klinischen Diskussion in Fallkonferenzen erörtert werden. Bekanntlich werden solche Faktoren vorwiegend mit der Pathologie des Patienten begründet. Der Höhe der damit erreichbaren Korrelations-Koeffizienten zwischen prognostischem Faktor und Ergebnis war auch in dieser Untersuchung, wie auch in früheren, aus der Literatur ersichtlichen, gering. Korrelationen in der Höhe zwischen $+0.20$ oder $+0.30$ sagen nämlich, dass nicht mehr als 4 - 9% der Varianz mit diesen Korrelationen erklärt werden können. Der detaillierte Vergleich der 10 besten und der 10 schlechtesten Therapien anhand der Auswertung der Protokolle der frühen Therapiestunden ergab nun Hinweise auf die positive Bedeutung der Herstellung einer hilfreichen Beziehung. Damit meint Luborsky die Herstellung einer Beziehung, die der Patient als hilfreich erlebt und in der der Therapeut auch das Gefühl erhält, helfen zu können. Eine Operationalisierung führte zu der Entwicklung von Rating Skalen, die am Verbatimtext der dritten und fünften Stunde den Ausprägungsgrad der <helping alliance> ermitteln. Jetzt ließen sich auch numerisch eindrucksvolle Korrelationen zwischen dem Grad der hilfreichen Beziehung und dem Therapieausgang (Korrelation von

<helping alliance questionnaire> und Therapieerfolg +.70) feststellen (Luborsky, 1984).

Es dürfte nicht übertrieben sein, festzustellen, dass sich das Konzept der <helping alliance> über die verschiedenen Therapieschulen übereinstimmend als ein ganz zentrales, für Veränderungsprozesse relevantes Therapiekonzept erwiesen hat. Die Herstellung einer solchen Beziehung verpflichtet den Therapeuten zu Einfallsreichtum und Flexibilität, zur Herstellung "der für das Ich günstigen Bedingungen", um an eine Freud'sche Formulierung zu erinnern, in der immer schon die Aufforderung lag, sich an den Möglichkeiten des Patienten zu orientieren. Im Konzept der hilfreichen Beziehung sind natürlich noch nicht alle kurativen Faktoren erfasst; weitere für den Patienten wichtige Aspekte sind die Entwicklung einer Verstehensleistung und die innere Assimilation der gewonnenen Einsichten, die insbesondere mit dem klinischen Konzept des Durcharbeitens verbunden sind.

Um mögliche Verbesserungen des psychotherapeutischen Handelns unter dem Aspekt der Fähigkeiten zu betrachten, die ein Patient entwickeln muß, um aus der Arbeit einen entsprechenden Gewinn zu ziehen, so ist für die Weiterentwicklung des Faches von besonderer Wichtigkeit zu fragen, welche Faktoren des Therapeutenhandelns hier einschlägig zu würdigen sind.

Solange verschiedene Therapieformen unter dem Untersuchungsmodell des gruppen-statistischen Ansatzes verglichen wurden, ergaben sich in vielen Studien doch recht ähnliche Effekte für die verschiedenen Therapieformen, was Luborsky et al.(1985) mit dem Dodo Bird Verdikt: "Everyone has won, so all must have prizes" noch auf einen Begriff brachte. Zugleich bahnte sich eine methodische Erweiterung an, die mit dem Schlagwort der sog. Psychotherapie-Manuale auch in den psychodynamischen Therapieformen eingeleitet wurde. 1984 erscheinen praktisch zeitgleich im gleichen Verlag drei psychodynamisch orientierte Lehrbücher, die aus einem Forschungskontext erwachsen sind und eine klare konzeptuelle Aufbereitung des therapeutischen Vorgehens bieten (Bild4):

Klermann G.L., M. Weissman, B. Rounsaville und E. Chevron
Interpersonal Psychotherapy of Depression
New York (Basic Books) 1984

Strupp, H.H. und J. Binder
Psychotherapy in a New Key
A Guide to Time- Limited Dynamic Psychotherapy
New York (Basic Books) 1984

Luborsky, L.

Principles of Psychoanalytic Psychotherapy
A Manual for Supportive- Expressive Treatment
New York (Basic Books) 1984

Das Klermann'sche Manual entstand im Rahmen des New Haven- Boston Collaborative Depression Research Project für die ambulante Behandlung nicht-psychotischer Depressionen über einen Zeitraum von fast fünfzehn Jahren. Gegenwärtig wird es im Rahmen der vom NIMH durchgeführten vergleichenden multizentrischen Studie zur Psycho- und Pharmakotherapie bei Depressionen eingesetzt.

Strupp's Manual erwuchs aus den Erfahrungen der Vanderbilt 1 Studie und dient in dem derzeit laufenden Projekt Vanderbilt 2 der gezielten Weiterbildung von erfahrenen Psychotherapeuten für die Durchführung von Kurztherapien mit schwer behandelbaren Patienten , die in den meisten Therapiestudien für die negativen Ergebnisse sorgen.

Luborsky's Manual basiert auf den klinischen und wissenschaftlichen Erfahrungen, die er in Topeka und in Philadelphia im Rahmen der Weiterbildung von Psychotherapeuten gewinnen konnte, und wurde in starkem Umfang durch seine Forschungsarbeiten zur "helping alliance" und dem "Core Conflictual Relationship Theme" bestimmt.

Alle drei Manuale entstanden also im Kontext von kontrollierten Studien, bei denen analog zu dem in der klinischen Pharmakologie bewährten Verfahrens des clinical trials nach experimenteller Prüfung einer Substanz im klinischen Versuch messbare Dosis-Effekt Relationen nachgewiesen werden müssen. Damit wurden Therapiestudien, bei denen nur eine Zwei-Punkte-Messung - Beginn und Ende - vorliegt , als unzureichend erklärt; die tatsächlich zur Anwendung kommende Dosis psychotherapeutischer Intervention muß Stunde für Stunde bestimmt und mit dem Effekt in Beziehung gesetzt werden.

Psychotherapie-Manuale müssen deshalb die folgenden drei Kriterien erfüllen (Bild 5):

1. die Behandlungsempfehlungen sollen so vollständig wie bei der Art der Behandlung möglich sein
 2. das Manual soll die Behandlungsprinzipien erläutern und die Operationen spezifizieren, die der Therapeut durchzuführen hat
 3. das Manual soll ein Satz von Einschätzungsskalen haben, die den Grad erfassen, mit dem der Therapeut seine Aufgaben auch wirklich erfüllt hat.
- (nach Luborsky, 1984, S. 4)

Psychotherapiemanuale erlauben die Frage, ob Therapeuten auch das tun, was sie nach ihrer eigenen Therapietheorie auch tun sollen. Und genau dies wird zunächst einmal erreicht, dass geklärt werden muß, welche Elemente als essentials einer Therapiemethode zu gelten haben. So kann Merton Gill - vielen noch aus seinen strikten Stellungnahmen in der Auseinandersetzung mit den Alexander'schen Positionen bekannt - nun im Vorwort zu Hans Strupp's Manual feststellen, dass die vorgelegte Konzeptualisierung die "Aussicht auf eine beginnende Bewegung der größeren Integration von klassischer und interpersoneller psychoanalytischer Theorie und Technik erkennen lässt" (in Strupp u. Binder, 1984, S. VIII). Auch Luborsky's Text vertritt den Anspruch, die wesentlichen kurativen Prinzipien des psychoanalytischen Behandlungsparadigmas in seiner Darstellung aufgenommen zu haben , wobei er im Grunde auf Freud'sche Konzepte zurückgreift, bevor diese in der neoklassischen Technik erstarrt waren (s. d. Thomä u. Kächele, 1985; s. a. H. B. Lewis, 1986). In ähnlicher Weise stellen Klerman und Mitarbeiter die Interpersonale Psychotherapie in enge Nachbarschaft mit der psychodynamischen Behandlungstheorie und stützen sie mit empirischer Evidenz ab. Dieser Forderung nach empirischer Abstützung der einzelnen Behandlungselemente haben Luborsky et al. (1982) in einem Vergleich des therapeutischen Handelns in einer Vergleichsstudie zur psychotherapeutischen Behandlung von Drogensüchtigen mit verschiedenen Therapieformen exemplifiziert. Die Verteilung der Therapeuten-Interventionen auf verschiedene Interventionsformen wurde anhand von Tonbandaufnahmen bestimmt. Mit drei dieser Kategorien, nämlich: <nondirektive Äußerungen>, <Klarifikation und Interpretation> und <Fragen> lässt sich diskriminanzanalytisch eine 100% Zuordnung der kognitiv-behavioralen, 95% Zuordnung der supportiv-expressiven und eine 91% Zuordnung der Drogenberatungs-Therapiebeispiele erreichen (Luborsky et al. 1982; Luborsky, 1984, S.37). Die Kategorie "Unterstützung geben" war in allen drei Therapieformen gleichförmig ausgeprägt, womit sich auch hier zeigte, dass neben spezifischen Techniken sehr wohl unspezifische Elemente vorhanden sind, die alle Therapieformen kennzeichnen dürften.

Die Einführung von manual-geleiteter Psychotherapie kann im Kliniker Befürchtungen aufkommen lassen, dass die manual-geleitete Therapie zu einer Beschränkung des individuellen Handlungsspielraumes führt; diese sind deshalb unbegründet, weil das Manual genau dies spezifiziert: wenn für die Therapieform A individuelles Handeln im Rahmen vorgegebener Regeln empfohlen wird, dann wird genau diese Anweisung bei der Beurteilung des

therapeutischen Handelns zur Richtschnur werden. Eine starre Regelbefolgung würde dann einen schlechten Punktwert für die Therapieform A ergeben. Für die psychoanalytischen Therapieformen ergeben sich daraus fruchtbare Reflexionen auf den Grad der Regelhaftigkeit und Regel-Strukturiertheit, mit der die psychoanalytische Behandlungssituation ausgestattet sein muß (Thomä u. Kächele, 1985, S.222f.).

Spannend und klinisch wichtig wird es, wenn die Frage aufgeworfen wird, ob die manual-konforme, d. h. damit auch theorie-konforme Durchführung von Therapie in einer Beziehung zum Erfolg des Unternehmens steht.

Luborsky und Mitarbeiter können zeigen, dass die Therapeuten mit dem größten Reinheitsgrad ihrer Technik, gemessen mit einer Einschätzung ihres Interventionsverhaltens im Hinblick auf die durchgeführte Therapiemethode auch die besten Erfolge zeigen (Luborsky et al., 1985). Dieser Befund galt für die verschiedenen in diesem Therapieprojekt mit Drogenabhängigen beteiligten Psychotherapieformen gleichermassen, wie psychoanalytische Psychotherapie, kognitiv-behaviorale Therapie und einfache Drogenberatung. Der <Reinheitsgrad einer Technik> wird dabei so bestimmt, dass anhand von Einschätzungsskalen jede Sitzung auf den Ausprägungsgrad einer der drei manual bestimmten Techniken hin eingeschätzt wird (Bild 6):

Rating of Tapes for Specific Therapeutic Qualities

Therapeut	N -Pat.	SE	CB	DC	Purity
A	6	2,8	0.0	0.0	1.00
B	4	2,5	0.2	0.4	0.81
C	4	2,1	0.2	0.8	0.68
D	5	1,0	3,2	1,0	0,61
E	6	1,7	2,6	0,6	0,53
F	4	1,7	2,4	0,8	0,49
G	4	0,3	0,0	3,7	0,92
H	4	0,5	0,2	3,0	0,81
I	4	0,9	0,3	3,7	0,76

scores for specific qualities 0 - 4 ; purity is the ratio of the intended qualities to the total of all qualities

(nach Luborsky et al., 1985, S. 607)

Es ist ersichtlich, dass in jeder der drei Therapieformen zwischen den Therapeuten Unterschiede in der so definierten <Reinheit> auftreten.

Setzt man nun diese nur beschreibende Größe in Beziehung zum Therapieausgang, so ergibt sich folgendes eindrucksvolles Ergebnis: für neun Therapeuten mit je drei Patienten ergab sich folgende Beziehung zum Zeitpunkt der sieben Monats-Katamnese (Bild 7):

Analysis of Within-Therapist Purity Rankings and Within-Therapist Outcome Rankings

Purity	Outcome		
	1	2	3
1	6	2	1
2	2	6	1
3	0	2	7

(nach Luborsky et al., 1985, S. 608)

Diese Ergebnisse sind ein deutlicher Hinweis darauf, dass wir wahrscheinlich mit erheblichen Schwankungen der therapeutischen Qualität innerhalb eines Therapeuten wie auch zwischen Therapeuten rechnen müssen. Angesichts der Tatsache, dass wiederholt festgestellt wurde, dass ein großer Teil der Varianz von Behandlungsergebnissen durch die Schwere der Pathologie des Patienten bestimmt wird (Strupp, 1983), muß sich die Aufmerksamkeit auf die technischen Probleme der psychotherapeutischen Behandlung jener Patienten richten, die eine schlechte Prognose mitbringen. Unter dieser Fragestellung könnte die Technik des Therapeuten entscheidend sein.

Die differentielle Wirksamkeit einzelner Therapeuten sollte uns mehr als bisher beschäftigen. Der Nachweis unterschiedlicher individueller Erfolgsraten von Therapeuten in den verschiedenen Therapietheorien ist unter praktischen Gesichtspunkten alarmierend. Um über das Verdikt, dass doch alle gleich gut oder gleich schlecht sind, hinwegzukommen, müssen wir die Bedingungen für den Erfolg erforschen; eine Strategie dabei ist es, die Mittel zu kennen, die gute Therapeuten einsetzen.

Ein Beispiel für die Fruchtbarkeit dieses Vorgehens gab Hans Strupp in einer Studie, der sog. Vanderbilt 1 Untersuchung, bei der erfahrene Therapeuten und psychotherapeutisch nicht vorgebildete College Professoren eine Gruppe von Studenten behandelte, die vielleicht nicht in allen Punkten einer schwer neurotischen Klientel entsprachen, aber doch eine ausreichende Schwere einer

neurotischen Symptomatologie aufwiesen, um eine Behandlung aufsuchen zu müssen. Die detaillierte Analyse von 4 Therapeuten, die je zwei Patienten, einen erfolgreich, einen anderen nicht erfolgreich behandelt haben, zeigte exemplarisch die unterschiedlichen Interaktionsprozesse in den erfolgreichen und nicht erfolgreichen Therapien. Auf der Basis systematischer Ergebnis- und Prozessdaten und dem detaillierten Studium der tonbandaufgezeichneten Behandlung zeigen die 4 x 2 Einzelfallstudien, dass die Ergebnisse zunächst sehr deutlich von der Fähigkeit der Patienten bestimmt werden, die besondere Beziehung, die ein Therapeut anbieten kann, für sich zu nutzen. Scheitert dies, so scheitert oft auch die Behandlung. Das Problem, welches diese Untersuchung aufwirft, liegt in der Herstellung einer patienten- gerechten Flexibilität, um dieses Dilemma zu überwinden.

Diesem Ziel wurde dann von Strupp eine zweite Studie - das sog. Vanderbilt 2 Projekt - gewidmet. Es soll die Auswirkung einer gezielten Schulung mittels des oben erwähnten Strupp'schen Manuals von erfahrenen Therapeuten auf den Behandlungsverlauf und Ausgang untersucht werden. Dabei wird die Analyse einzelner Patient-Therapeut Dyaden vor und nach Schulung der Therapeuten im Mittelpunkt stehen (Strupp 1979, 1980, 1986).

Die Fokussierung auf den einzelnen Therapeuten und seiner Performanz stellt deshalb einen Schwerpunkt dar, an dem Forschung und Praxis gegenwärtig an einem Strick ziehen. Dabei bedürfen wir sowohl der extensiven und notwendiger wort- und bildgetreuen Darstellung der Tätigkeit einzelner erfahrener Therapeuten wie auch der Implementierung von Dokumentationssystemen, die dem einzelnen Kliniker im Laufe seiner Ausbildung und weiteren Tätigkeit eine Rückmeldung über sein Handeln zu geben vermögen (Kächele et al. 1985).

Ein weitere Fragestellung, in der gegenwärtig noch immer ein ungelöstes Spannungsverhältnis zwischen Klinik und Forschungslage besteht, ist die Frage, in welchem Umfang zeitlich begrenzte und zeitlich unbegrenzte Verfahren zur Anwendung kommen. Der durchschnittliche prototypisch konzipierte, psychoanalytische Kliniker favorisiert bei uns noch immer die Maxime: je länger, desto besser. Zeitbegrenzte Kurztherapien werden gerne als Domäne der psychotherapeutischen Institution betrachtet, als ob nur diese aus sog. äußeren Gründen, dem Versorgungsdruck, ihr Angebot qualitativ limitieren müsste (Leuzinger 1985). Es ist jedoch ein verwirrender Befund, dass bei kontrollierten Studien bislang kein überzeugender Vorteil der zeitlich unbegrenzten Therapieform über die zeit-begrenzte nachgewiesen werden konnte. Wenn wir der klinischen Erfahrung folgen, die uns immer wieder zu

bestätigen scheint, dass es eine Reihe von Patienten gibt, bei denen nur längere therapeutische Massnahmen die gewünschten stabilen und weitreichenden Veränderungen erzielen, können kritische Überlegungen zu den bisherigen Ergebnissen der kontrollierten Vergleiche herangezogen werden:

1. Es kann sein, dass es falsch ist, Vergleiche mit unselektierten Patienten überhaupt durchzuführen. Möglicherweise befinden sich in beiden Gruppen Patienten, die ausgeprägte eigene Überzeugungen haben, welche Therapieform für sie von Nutzen sein wird. Ihre Zuweisung zu einer Therapieform, mit der sie innerlich nicht übereinstimmen, belastet von vornherein den möglichen Ausgang.
2. Es kann ein Effekt der verwendeten Ergebnismaße sein; es ist wahrscheinlich, dass die meist verwendeten psychometrischen Verfahren die von uns angenommenen struktur-verändernden Effekte langfristig konzipierter Therapieformen nicht erfassen.
3. Es ist auch davon auszugehen, dass nicht alle Therapeuten sich gleichermassen wohl in verschiedenen Therapiemodalitäten fühlen. Angesichts der sich wie oben erwähnt, abzeichnenden erheblichen Variationen in der Effizienz einzelner Therapeuten, müssen solche Aspekte auch in Rechnung gestellt werden.

An diesem Beispiel, wie auch an vielen anderen Ergebnissen der empirischen Therapieforschung wird deutlich, dass wir als Kliniker von der Therapieforschung keine Vorschriften erwarten können; die Komplexität des therapeutischen Prozesses, die auch zunehmend in den Designs der Studien sich niederschlägt, legt es nahe, die Ergebnisse der systematischen Empirie heranzuziehen, um bestimmte Vagheiten des klinischen Feldes sukzessive aufzuklären. Es handelt sich dabei sicherlich um einen Annäherungsprozess, der trotz dreißig Jahren systematischer Therapieforschung - wenn wir diese mit der ersten Konferenz über Psychotherapieforschung 1958 in Washington (Rubinstein & Parloff, 1962) beginnen lassen wollen - uns doch schon einige Schritte weiter gebracht hat.

Literatur :

- Baumann U (Hrsg) (1981) Indikation zur Psychotherapie. Perspektiven für Praxis und Forschung. Urban u. Schwarzenberg, München
- Bräutigam W, Rad von M, Engel K (1980) Erfolgs- und Therapieforschung bei psychoanalytischen Behandlungen. Z Psychosom Med Psychoanal 26: 101-118
- Garfield S, Bergin AE (Eds.) (1986): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 3rd edn. Wiley, New York
- Grawe K (1985) Verborgene Wahrheiten über die Wirkungen von Psychotherapien -eine Analyse des Ergebnisstandes der Psychotherapieforschung unter differentielltem Effekt. Vortrag auf der 2nd European Conference for Psychotherapy Research, Louvain 1985
- Howard HI, Kopta SM, Krause MS & Orlinski DE (1986) The dose-effect relationship in psychotherapy. American Psychologist 41: 159-164
- Kächele, H unter Mitarbeit von Schors R (1981) Ansätze und Ergebnisse psychoanalytischer Therapieforschung. In: Klinische Psychologie. Trends in Forschung und Praxis Band 4: 209-259
- Kächele H, Hohage R & Mergenthaler E (1983) Therapie-orientierte Dokumentation in einer psychotherapeutischen Ambulanz - Funktion und Implikation. Psychother Psychol Med 33:142-146
- Kächele H (1986) Aktuelle Trends der Ergebnisforschung in der Psychotherapie und deren Bedeutung für die Psychosomatik. Psychother Psychol Med 36: 307-312
- Klermann GL, Weissman M, Rounsaville B & Chevron E (1984) Interpersonal Psychotherapy of Depression. Basic Books, New York
- Kordy H, Senf W (1985) Überlegungen zur Evaluation psychotherapeutischer Behandlungen. Psychother Psychol Med.35: 207-212
- Leuzinger M (1985) Psychoanalyse in der Institution. Westdeutscher Verlag, Wiesbaden
- Luborsky L (1984) Principles of Psychoanalytic Psychotherapy. Basic Books, New York
- Luborsky L, Woody G.E, McLellan A.T, O'Brien C & Rosenzweig J (1982) Can independent judges recognize different psychotherapies? An experience with manual-guided therapies. J Consult Clin Psychology 50: 49-62
- Luborsky L, McLellan T, Woody G, O'Brien C. & Auerbach A (1985) Therapist success and its determinants. Arch Gen Psychiatry 42: 602-611
- Meyer AE, Bolz W (1981) The Hamburg short psychotherapy comparison experiment. Psychotherapy and Psychosomatics
- Office of Technology Assessment OTA: The implications of cost-effectiveness analysis of medical technology. Background Paper #3: The efficacy and cost effectiveness of psychotherapy. Washington 1980
- Rubinstein E, Parloff MB.(eds): Research in Psychotherapy. American Psychological Association, Washington
- Senf W, Kordy H, Rad von M, Bräutigam W.(1984) Indication in psychotherapy on the basis of a follow-up study. Psychosomatics and Psychotherapy 42:37-47
- Smith ML, Glass G.V, Miller TI (1980) The Benefits of Psychotherapy. Johns Hopkins University Press, Baltimore and London
- Strupp HH (1979) Effectiveness of Time-Limited Dynamic Psychotherapy. Research Proposal to the Department of Health, Education and Welfare
- Strupp HH (1980) Success and Failure in Time-Limited Psychotherapy. A systematic comparison of two cases. Arch Gen Psychiat 37: a) 595 - 603, b) 708 - 716, c) 831 - 841, d) 947 - 954

- Strupp HH (1988) Vanderbilts approach to psychodynamic process research. In: H.Dahl, H.Kächele, H.Thomä (eds.): Psychoanalytic Process Research Strategies. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
- Strupp HH, Binder J (1984) Psychotherapy in a New Key. A Guide to Time- Limited Dynamic Psychotherapy. Basic Books , New York
- Thomä H, Kächele H(1985) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Band 1 Grundlagen. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
- Thomas G (1987) Vom Scheinargument eines volkswirtschaftlichen Nutzens. Helfen Psychotherapeuten wirklich sparen. Psychother Psychol Med 37: 75-78
- Wittmann WW (1985) Evaluationsforschung. Aufgaben, Probleme und Anwendungen. Springer, Berlin, Heidelberg, New York