

## 37 Geschichte der Psychotherapieforschung

Die Geschichte der Psychotherapieforschung wird meist in mehrere Phasen eingeteilt, die einerseits von bestimmten vorherrschenden Fragen und andererseits von vorherrschenden Forschungsmethoden dominiert werden. Allerdings ist eine strenge Phaseneinteilung historisch nicht korrekt, da die unterschiedlichen Fragestellungen und auch die verschiedensten methodischen Zugänge zu verschiedenen Zeiten immer wieder aktuell werden.

»In der Psychoanalyse bestand von Anfang an ein Junktim zwischen Heilen und Forschen, die Erkenntnis brachte den Erfolg, man konnte nicht behandeln, ohne etwas Neues zu erfahren, man gewann keine Aufklärung, ohne ihre wohltätige Wirkung zu erleben. ... Nur wenn wir analytische Seelsorge betreiben, vertiefen wir unsere eben aufdämmernde Einsicht in das menschliche Seelenleben. Diese Aussicht auf wissenschaftlichen Gewinn war der vornehmste, erfreulichste Zug der analytischen Arbeit« (Freud 1927, S. 293 f).

Andererseits meinte Freud: »ich will nur verhüten wissen, dass die Therapie die Wissenschaft erschlägt« (Freud 1927, S. 291).

Freuds Junktimbehauptung stellt die therapeutische Situation als »Mutterboden« der Theoriebildung in den Vordergrund. Der Therapeut entwickelt im Laufe einer Therapie, vor dem Hintergrund seiner theoretischen Vorannahmen, patientenspezi-

fische Erkenntnisse. Zum einen leiten sich aus diesen Erkenntnissen die therapeutischen Interventionen ab, welche via Beobachtung der Reaktionen des Patienten wieder modifiziert werden. Zum anderen gehen die hier gewonnenen »gehäuften Eindrücke« in die Entwicklung von Krankheitslehre, Theorie der Technik und Metatheorie ein (vgl. Thomä & Kächele 2006): Der Therapeut als »online-« und als »offline-«-Wissenschaftler in einer Person (Moser 1991b). Die typische Frage dieser Phase der Forschung könnte lauten: Welche strukturellen Bedingungen liegen den phänomenologischen Erscheinungen zugrunde? Wie sind sie entstanden? Welche Funktionen haben sie? Und wie können sie behandelt werden? Hier versucht der Forscher/Therapeut also in einer Situation und aus ein und demselben Datenmaterial Antworten auf eine ganze Reihe von Fragen zu finden, einschließlich der nach der Wirksamkeit des therapeutischen Handelns und den Bedingungen für eben diese. Es standen also schon von Beginn an Prozessgeschehnisse im Blickfeld des Forschungsinteresses, wenn auch unter Verwendung einer anderen Methodik als heute üblich. Wie sollte sonst auch eine Krankheitslehre und Therapietechnik entstehen? Psychotherapien werden, wenn man von den Frühformen behavioraler Methoden einmal absieht, nicht im Labor entwickelt, sondern in der Erfahrungssituation mit Patienten.

Die Wirksamkeit von Psychotherapie wurde bis Anfang der 1950er Jahre mittels intra-individuellen Prä-Post-Vergleichen untersucht, wobei der Patient seine eigene

Kontrolleinheit darstellt. So entstehen Aussagen über die Prozente »gebesserter« Patienten (meist bewegten sich die Besserungsraten um die 80 %).

Dies änderte sich, als Eysenck (1952) die Wirksamkeit von Psychotherapie in Frage stellte und behauptete, dass Psychotherapie nicht wirksamer sei als keine oder unspezifische Behandlung und daher Kontrollgruppenvergleiche forderte. Eysencks Untersuchung umfasste 19 »Psychotherapie«-Studien, mit insgesamt 7293 Fällen und einer Besserungsrate von 64 %. Als »Kontrollgruppe« dienten ihm Studien von Denker (1946) und Landis (1938), die Patienten mit »Neurose« in Kliniken untersuchten. Diese Patienten bekamen keine oder kaum Psychotherapie und von denen wurden ca. 70 % nach zwei Jahren als »geheilt« eingestuft<sup>173</sup>. Dieser Vergleich, mit dem für die Psychotherapie sehr unvorteilhaften Ergebnis, leitete die Phase der Legitimationsforschung ein.

Mit dem »Neurosen-Urteil« von 1964 wurden in Deutschland psychische Störungen als »Krankheiten« anerkannt und in der Folge wurde Psychotherapie eine Regelleistung der Krankenkassen. Grundlagen waren Studien von Annemarie Dührssen, die die Auswirkungen psychoanalytischer Psychotherapien (im Mittel 100 Sitzungen) bis fünf Jahre nach Behandlungsabschluss untersuchte. Dabei zeigten sich von den 979 Patienten 45,04 % als »sehr gut bis gut gebessert«, 37,49 % als »befriedigend und genügend gebessert« und 17,47 % als »kaum gebessert und ergebnislos« (Dührssen & Jorswieck 1965).

Dührssen (1972) wertete auch Krankenkassendaten von mit Psychoanalyse behandelten Patienten im Vergleich zu unbehan-

delten Patienten und den Durchschnittsversicherten aus: Hatten Neurotiker Jahrfünft vor der Psychoanalyse im Durchschnitt 26,09 Krankenhausaufenthalte, so sank dieser Wert für das Jahrfünft nach der Psychoanalyse auf 5,9. Damit lagen die psychoanalytisch behandelten Patienten sogar deutlich unter dem Durchschnitt der AOK-Versicherten von 11,7. Dührssen resümiert: »Hier zeigte es sich, dass die behandelte Patientengruppe nach Abschluss der Therapie mit statistischer Signifikanz *seltener* ins Krankenhaus eingewiesen wurde als der Durchschnitt aller Krankenkassenmitglieder. Die unbehandelten Neurotiker hingegen boten auch für die fünf Jahre, die nach Erhebung der Anamnese verstrichen waren, bei dem analogen Vergleich mit den Versicherungsnehmern der AOK Berlin einen *statistisch signifikant höheren Durchschnittswert* für die Krankenhausaufenthalte pro Kopf und Jahr« (Dührssen 1972, S. 414).

Anfang der 1980er Jahre schien auch die Frage nach der vergleichenden Wirksamkeit beantwortet, nachdem diesbezügliche Studien *keinen statistisch signifikanten Unterschied* in der Wirksamkeit verschiedener Therapieverfahren nachweisen konnten (Luborsky & Singer 1975; Smith et al. 1980; Wittmann & Matt 1986). Dieses Ergebnis fand seinen Ausdruck im viel zitierten *Dodo-Verdikt*: *Everyone has won and all must have prizes* (aus Alice im Wunderland). Aber die diesbezügliche Diskussion ist keineswegs beendet. Grawe (1992a) und Margraf (2009b) argumentieren unter Rückgriff auf das Konzept der »Power« eines statistischen Tests, dass durch den Vergleich der mittleren Effektstärken bei den üblichen Stichprobengrößen tatsäch-

173 Erst viel später recherchierte Bergin (1963) die Daten der Eysenck-Studie nach: Er fand gravierende Rechenfehler, unklare Diagnosen »Neurose«, »Psychotherapie« im Umfang von zwei Sitzungen etc. Die Reanalysen ergaben einen klaren Zusammenhang zwischen »Erfolg« und Behandlungsdauer. Zudem führte Psychotherapie deutlich schneller zu »Besserung« als Spontanremission.

lich vorhandene Unterschiede in der Wirksamkeit zweier an sich wirksamer Therapieverfahren nicht feststellbar sind, die gefundenen Nichtsignifikanzen also ein statistischer Artefakt sein können.

Die Frage nach der **differenziellen Indikation**, also nach dem Zusammenhang von Patientenvariablen, Methode und Therapieerfolg hat eine Fülle von Einzelbefunden ergeben, die allerdings eher zusammenhangslos und widersprüchlich sind. Generell fehlen für eine empirisch basierte Indikationsstellung und Prognose relevante alternative Taxonomien psychischer Störungen, weil sich die *nosologischen Klassifikationssysteme* (DSM, ICD) für diese Fragen als *ungeeignet* erwiesen haben (Bastine et al. 1989). Als einziges gesichertes Ergebnis galt lange Zeit die »Wechselwirkung zwischen der Direktivität einer Behandlung und dem Locus of Control der Behandelten« (Grawe 1992a, S. 149). Abgesehen davon schien es so zu sein, »...daß der Zustand der Patienten vor Beginn der Behandlung mit dem schließlichen Ausgang nur sehr mäßige Korrelationen aufweist. Daraus ergibt sich, daß der Behandlungsprozeß die entscheidenden Weichen stellt« (Kächele 1992, S. 268). Allerdings wird auch diese Frage immer wieder aufs Neue aufgeworfen, insbesondere durch den Boom störungsspezifischer Behandlungsmanuale. Eine Übersicht zur Frage »What works for whom?« findet sich in Roth & Fonagy (2005). Mittlerweile hat sich die Datenlage allerdings etwas verändert und es gibt Versuche, bestimmte Patientenmerkmale (jenseits der Diagnose) mit bestimmten Charakteristika von Behandlungen in Bezug auf ihre erfolgreiche Kombination zu untersuchen (► Kap. 38.3.3 »What works for whom? – einmal anders«).

Bei der **Prozessforschung** wird das tatsächliche Geschehen in Psychotherapien

untersucht und dann meist mit dem Behandlungsergebnis in Verbindung gebracht: in sogenannten *Process-Outcome-Studien*. Die Prozessforschung erlebte in den 1980er Jahren eine kurze Blüte und wurde dann wieder von den zum Teil eher berufspolitisch motivierten Fragestellungen der vergleichenden Wirksamkeit verdrängt. In den letzten Jahren scheint es hier eine deutliche Wiederbelebung zu geben und die aktuellen Ergebnisse lassen spannende Erkenntnisse für die Zukunft erwarten (► Kap. 39).

Zunehmend werden auch Fragen der **Versorgungsforschung** im Bereich der Psychotherapie untersucht. Hier geht es beispielsweise um die Erfassung des allgemeinen Bedarfs an Psychotherapie, die Darstellung der real praktizierten Zugangswege zu Behandlungen, die Vernetzung von Versorgungsstrukturen, sozio-demographische Daten, die patientenseitige Zufriedenheit mit den Versorgungsangeboten etc. Dabei werden meist große, möglichst repräsentative Stichproben unter naturalistischen Bedingungen untersucht, d.h. es geht um die Erfassung der realen versorgungsrelevanten Gegebenheiten und nicht um experimentelle Fragestellungen.

Und nicht zuletzt erhalten auch gesundheitsökonomische Fragen eine zunehmend größere Bedeutung – der **Wirtschaftlichkeitsforschung** wird daher ein eigener Abschnitt gewidmet (► Kap. 38.4).

Eine recht neue Entwicklung ist die **Psychotherapie-Ausbildungsforschung**: Untersucht wird hier beispielsweise die Kompetenzentwicklung angehender Psychotherapeuten, die Bedingungen für eine solche Entwicklung etc. – siehe hierzu beispielsweise das Sonderheft der Zeitschrift *Psychotherapy* (06/2013) zum Thema »Training and Professional Development«.