

85. Kächele H (1990) Wie lange dauert eine Psychotherapie?
Psychother Psychosom Med Psychol 40:148-151

Wie lange dauert eine Psychotherapie ?

Horst Kächele, Ulm

Nach Strotzka (1975) ist Psychotherapie

=ein bewusster und geplanter **interaktioneller Prozess**

=zur **Beeinflussung** von **Verhaltensstörungen und Leidenzuständen**, die in einem

=**Konsensus** (möglichst zwischen Patienten, Therapeut und Bezugsgruppe) für **behandlungsbedürftig** gehalten werden,

=mit **psychologischen Mitteln** (durch Kommunikation) meist verbal aber auch a verbal,

=in Richtung auf ein **definiertes Ziel** (Symptomminimalisierung und/ oder Strukturänderung der Persönlichkeit)

=mittels **lehrbarer Techniken**

=auf der Basis einer **Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens**

Der interaktionelle Prozesscharakter einer psychotherapeutischen Behandlung beinhaltet im Klartext, dass Verlauf und Ergebnis einer Psychotherapie als Folge sozialer Aushandlungsprozesse zu verstehen sind. Die Planung des Prozesses besteht in gewissen Vorgaben, den sog. Regeln des Therapeuten an den Patienten, die es erlauben eine Arbeitssituation zu schaffen, in der die angezielte Beeinflussung auch verwirklicht werden können.

Zu den Vorgaben gehören Zeit und Raum, die von beiden Seiten für das therapeutische Gespräch zur Verfügung gestellt werden müssen. Eines der notorischen Vorurteile über Psychotherapie bestand lange Zeit darin, dass sie auf jeden Fall lange dauert. Dieses Urteil soll im Folgenden näher betrachtet werden. Bevor ich Ihnen konkrete Angaben über die Dauer psychotherapeutischer Behandlungen mache, die sich auf langjährige Erhebungen an der Ulmer Psychotherapeutischen Ambulanz stützen, möchte ich kurz auf den weiteren Kontext von epidemiologisch erfassbarer Behandlungsbedürftigkeit eingehen.

Die Untersuchungen von Schepank kommen zu dem Schluß, dass bezogen auf das gesamte untersuchte Klientel von 600 Probanden für 22,8 % eine intensi-

vere fachpsychotherapeutische Behandlung für notwendig und wünschenswert gehalten werden muß, aber nur die Hälfte dieser Probanden wurde "als für eine Therapie motiviert bzw motivierbar eingeschätzt "(Schepank 1987, S.253). Psychotherapiebedarfsschätzungen und tatsächliche Inanspruchnahme von Psychotherapie sind also keinesfalls identisch, sondern die Diskrepanz verweist auf den wichtigen Tatbestand, dass der individuellen Entscheidung zu einem psychotherapeutischen Erstgespräch in der Regel ein langer Entscheidungsprozess vorausgeht. Dieser wird durch die mittlere Symptombdauer von einer Vielzahl von Jahren vor Aufnahme einer psychotherapeutischer Behandlung in anderer Weise belegt. Sowohl aus Gründen der Versorgungslage aber auch aus inneren Gründen kommt bei vielen Menschen eine Psychotherapie nicht zustande, obwohl viele von ihnen über Jahre im Selbstgespräch oder im Gesprächen mit Familienangehörigen oder Bekannten Hilfestellungen für die als belastend erlebten Probleme suchen. Psychotherapeutische Behandlungen müssen deshalb als Ausschnitt aus einer viel größeren Zahl von psychologisch oder somatisch orientierten Veränderungs - bemühungen betrachtet werden; sie stellen ein Subsystem eines differenzierten Feldes dar, innerhalb dessen in unsrer Gesellschaft seelische Erkrankung mittels einer Vielzahl von Strategien behoben oder wenigstens gemildert zu werden versucht wird.

Betrachtet man die psychotherapeutische Behandlung unter diesem Aspekt, nämlich als Inanspruchnahme eines bestimmten professionellen Angebots zur Beeinflussung als krankhaft erlebter, seelisch bedingter Symptome mit **psychologischen Mitteln** in Richtung auf ein **definiertes Ziel** , so ist aus klinischer Perspektive besonders wichtig, durch ein differenziertes Therapieangebot die Inanspruchnahme für möglichst viele potentielle Patienten zu erleichtern. Wir konnten in den vergangenen Jahren feststellen, dass die soziale Herkunft der Patienten, die um ein Erstgespräch an unsrer Ambulanz nachgesucht haben, sich relativ weit der sozialen Struktur der Bevölkerung im Ulmer Raum angenähert hat. Diese Annäherung ist mit der Einführung der Psychotherapie als Kassenleistung verknüpft und nicht zuletzt mit der wachsenden Bereitschaft niedergelassener Ärzte, Patienten zu uns zu überweisen, zu begründen.

Im psychotherapeutischen Erstgespräch finden Überlegungen statt, welche Behandlungsform unter gegebenen psychosozialen Konstellationen sinnvoll und realisierbar erscheint. Wir dokumentieren das Ergebnis dieser Überlegungen

seit Jahren als Entscheidungen zwischen verschiedenen Wegen, die sich nach dem Erstgespräch anbieten und haben hierzu 4 Merkmale des Gesprächsabschlusses im Erstinterview herausgearbeitet (Hohage et al. 1987):

-
- A Wird das gesprächsleitende Anliegen des Patienten aufrechterhalten
 - B Wird der Gesprächsauftrag des Patienten aufrechterhalten
 - C Werden konkrete therapeutische Massnahmen vereinbart
 - D Wird die therapeutische Beziehung fortgesetzt
-

Aus diesen Merkmalen lassen sich durch systematische Kombination 7 Kategorien des Gesprächsabschlusses entwickeln:

-
- 1. verbindliche Therapieempfehlung:
 - 2. unverbindliche Therapieempfehlung
 - 3. gelegentliche Kontakte
 - 4. nicht-psychotherapeutische Massnahmen
 - 5. Problem gelöst
 - 6. ohne Ergebnis
 - 7. Kontaktabbruch
-

Da an dieser Stelle der interaktive Charakter der Entscheidungsprozesse betont werden soll, die den Weg in die Psychotherapie mitbeeinflussen, möchte ich als Beispiel die abschließenden Vereinbarungen von vier Interviewern zeigen (ohne Kategorie 3 und 6):

Abschließende Vereinbarung nach Erstinterviews

Interviewer Nr	Kat 1. %	Kat.2 %	Kat.4 %	Kat 5 %	Kat 7 %	N abs.
1	33,3	15,8	3,3	19,1	7,1	183

28.12.2003

2	54,9	18,3	14,6	7,3	1,2	82
3	28,1	14,1	2,3	32,0	9,4	128
15	72,8	2,5	6,2	8,6	6,2	81
16	68,7	10,7	6,9	1,5	9,2	131

Die Übersicht unterstreicht die Variabilität der Entscheidungsprozesse zwischen den vier Interviewern: Verbindliche Therapieempfehlungen - für welche Therapieform auch immer - bewegen sich zwischen 28 und 72 Prozent; bei Interviewer Nr 3 scheint die Kategorie "Problemlösung" im Erstgespräch eine besondere Attraktivität zu haben. Die Kategorie 7 "Kontaktabbruch" benennt jene Patienten, die ohne weitere Information zu geben, zu einem zweiten oder dritten Gespräch überhaupt nicht mehr erscheinen. Es scheint weit verbreitet zu sein, dass psychosoziale Einrichtungen eine nicht unbeträchtliche Zahl von Klienten oder Patienten kurze Zeit nach dem Zustande - kommen des Erstkontaktes wieder verlieren, wie L. Philipps (1985) an einer großen Zahl von Untersuchungen zeigen konnte. Die Gründe hierfür sind vielfältig, es können sowohl enttäuschende Erfahrungen sein wie auch positive Motive, die Patienten veranlassen, den angefangenen therapeutischen Kontakt wieder abubrechen. Wir haben deshalb gegenwärtig eine Untersuchung eingeleitet, um von diesen Patienten nähere Hinweise darüber zu erhalten. Es muß eingeräumt werden, dass bei der gegebenen begrenzten klinischen Kapazität dieses Akzeptanzproblem nur selten zum Ausgangspunkt weiterer Überlegungen wird.

Wenn nun das Erstgespräch zu einer verbindlichen Therapieempfehlung geführt hat und der Patient beginnt die therapeutische Beziehung, wie lange wird diese dauern. 1951 gab Schulz-Hencke in seinem "Lehrbuch der analytischen Psychotherapie" auf die Frage: wie lange dauert eine Analyse die lakonische Antwort: zwischen vier Stunden und vier Jahren.

Von der Dauer der Psychotherapie im allgemeinen zu sprechen, ist gewiss eine Vereinfachung, denn wir stellen heute Indikationen für verschiedene Therapieformen. Einer Übersicht über die an unsrer Ambulanz durchgeführten Behandlungen über einen längeren Zeitraum (1973 - 1987),

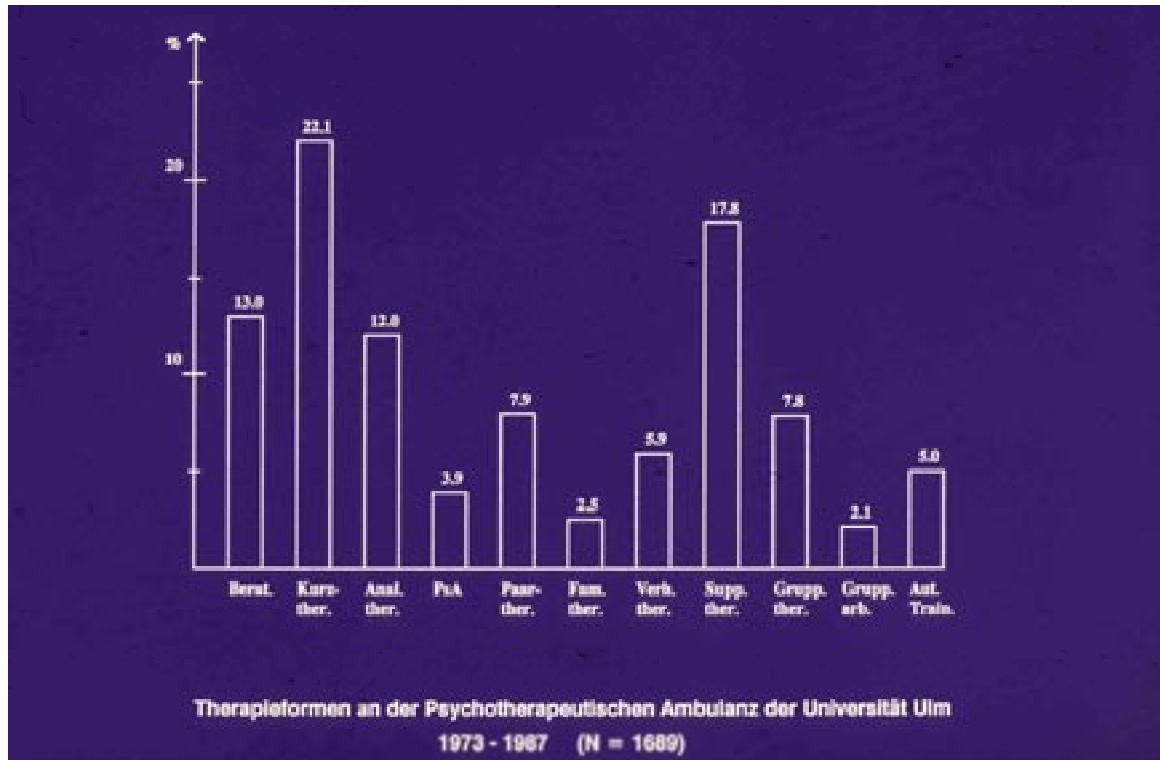


Bild Psychoanalytische Therapieformen an der Ulmer Psychotherapeutischen Ambulanz

ist zu entnehmen, dass wir heute über ein breites Spektrum von Therapieformen verfügen, dem unter Heidelberger Verhältnissen noch die stationäre Psychotherapie und Kombinationen von stationär und nachfolgender ambulanter Therapie hinzufügen wären. Von den in Ulm angebotenen Therapieformen dominieren anteilmäßig die psychodynamische Kurztherapie und die supportive Therapie. Dass die hochfrequente Psychoanalyse an einem psychoanalytischen Ambulatorium nur einen kleinen Prozentsatz der Indikationen ausmacht, ist sicherlich eine Folge der Erfahrung, dass Mittel und Ziele in der Psychotherapie heute sorgfältig abgewogen werden. Die Mitarbeit zweiter psychoanalytisch geschulter Sozialarbeiter hat wesentlich dazu beigetragen, dass sowohl Schichtbarrieren überwunden werden können wie auch dass die zunehmend häufiger zu beobachtenden sozialen Probleme mit erheblichen Auswirkungen auf das seelische Befinden wie Arbeitslosigkeit bei traditionellen Mittelschichtpatienten eine Notwendigkeit für sozialtherapeutische Interventionen ergeben.

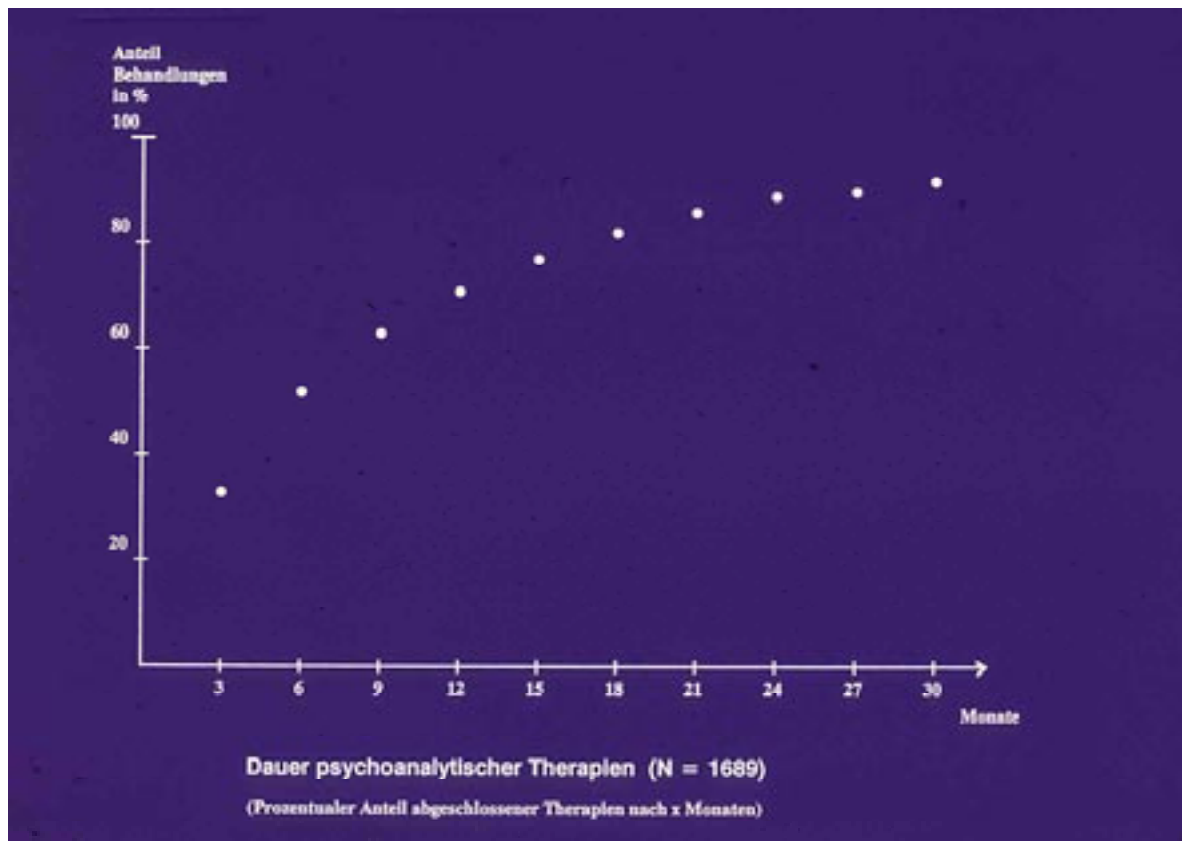


Bild : Dauer psychoanalytischer Therapie in Monaten

Die Frage nach der Dauer der hier aufgelisteten Behandlungsformen stellt sich für Patienten und Therapeuten verschieden. Aus der Sicht des Patienten ist vermutlich der Zeitraum, in dem er sich in einem therapeutischen Kontakt befindet wichtiger als die Zahl der Behandlungsstunden. Über alle Therapieformen hinweg bezogen auf Monate in Behandlung zeigt das Schaubild eine relativ gleichförmige Wachstumskurve, die langsam abflacht. Bereits nach drei Monaten haben knapp über 30 % der Patienten den therapeutischen Kontakt wieder beendet. Hierbei handelt es sich sowohl um Beratungen, die im Anschluß an das Erstgespräch unmittelbar und ohne Wartezeiten durchgeführt werden als auch um die Gruppe der early drop-outs. Nach sechs Monaten sind 50 % und nach einem Jahr 70 % der Behandlungen abgeschlossen. Nach zwei Jahren sind es knapp 90%. Hervorheben möchte ich den für uns überraschenden Befund des relativ gleichmäßigen Wachstum der abgeschlossenen Behandlungen über die Zeit hinweg. In der klinischen Diskussion dominiert oft eine Unterscheidung in Kurz - oder Langzeittherapie. Empirisch findet sich an dieser großen Stichprobe dagegen ein kontinuierlicher Übergang von relativ kurzen Interventionen zu zeitlich länger sich erstreckenden. Die Strukturierung des

psychotherapeutischen Arbeitsfeldes, wie er durch die Kassenregulationen vorgegeben werden könnte, ist bei uns nicht zu beobachten.

Aus der Sicht der Therapeuten und damit auch der Institution ist auch eine pauschale Übersicht sinnvoll, die den therapeutischen Aufwand in Stunden erfasst. Statt eines nur fiktiven Mittelwertes erscheint es auch hier angemessen, festzuhalten, für wieviel Prozent der behandelten Patienten wieviel Stunden aufgewendet wurden. Das folgende Bild zeigt den prozentualen Anteil abgeschlossener Therapie nach x Sitzungen über die verschiedenen Therapieformen hinweg :

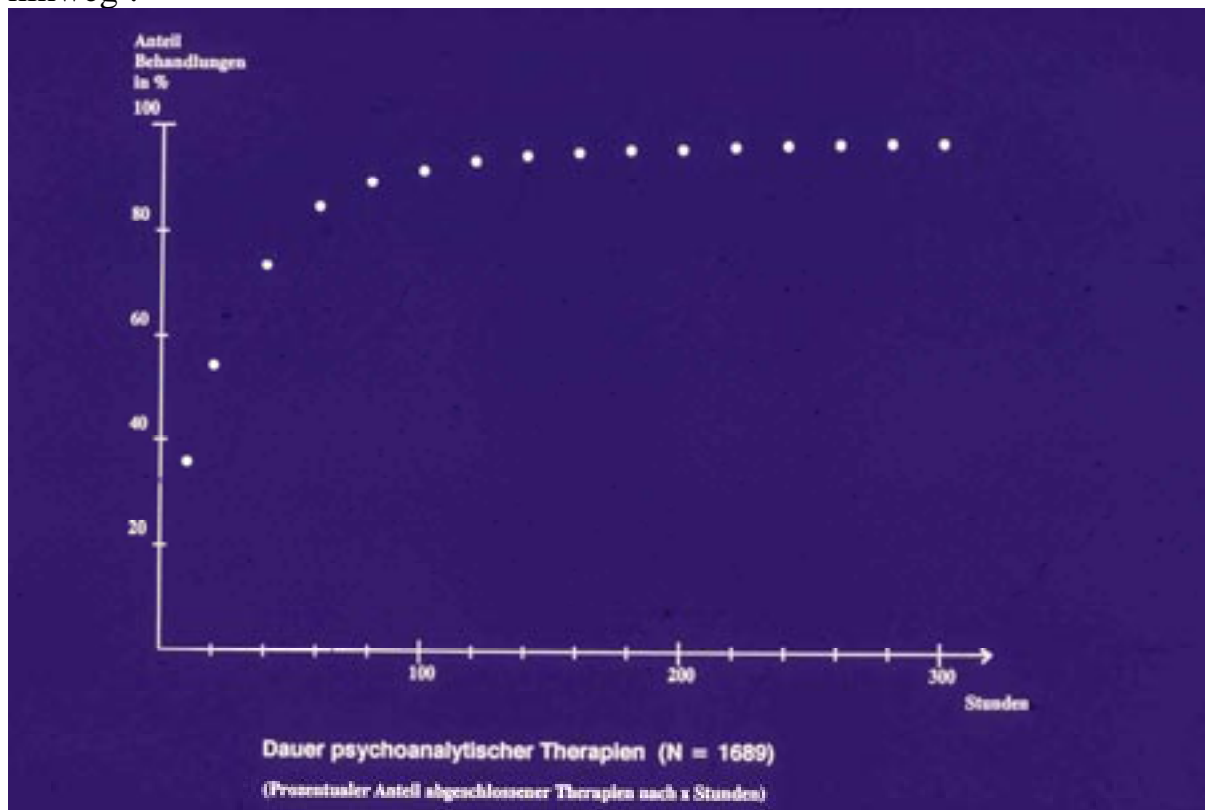


Bild Dauer psychoanalytischer Therapieformen in x Stunden

Schon nach zehn Sitzungen sind 35 % der Behandlungen beendet. Nach zwanzig Sitzungen ist es bereits über die Hälfte der eingeleiteten Behandlungen. Nach vierzig Sitzungen sind 70 % der Behandlungen, nach sechzig Sitzungen sind 82 % der Patienten nicht mehr in Behandlung. Die Verteilungskurve flacht danach deutlich ab und zeigt nur noch ein sehr geringes Wachstum, dessen Plafond in der Ulmer Statistik mit jenen wenigen Patienten erreicht wird, die in langjährigen Psychoanalysen ihr Behandlungsziel zu erreichen suchen.

28.12.2003

Diese Zahl mögen verdeutlichen, dass die Behandlungsdauer als eine die psycho-therapeutische Versorgung bestimmende Größe an einer psychotherapeu-tischen Ambulanz, - die sich von den Verhältnissen in der Praxis niedergelassener Psychotherapeuten unterscheidet - , sehr variabel ist, deren faktische Größenordnung in der Außenwahrnehmung des psychotherapeutischen Han-delns meist überschätzt wird.

Die globale Charakterisierung des Behandlungsaufwandes an einer solchen großen anfallenden Stichprobe mag Gesundheitspolitiker befriedigen, die Hoch-rechnungen für die personelle Ausstattung psychotherapeutischer Ambulanzen anzustellen haben. Den Therapeuten interessiert vielmehr, inwieweit sein Bild der Verhältnisse in einzelnen Therapieformen mit der empirischen Wirklichkeit übereinstimmt. Deshalb werde ich im nächsten Schritt auf verschiedene Thera-pieformen eingehen.

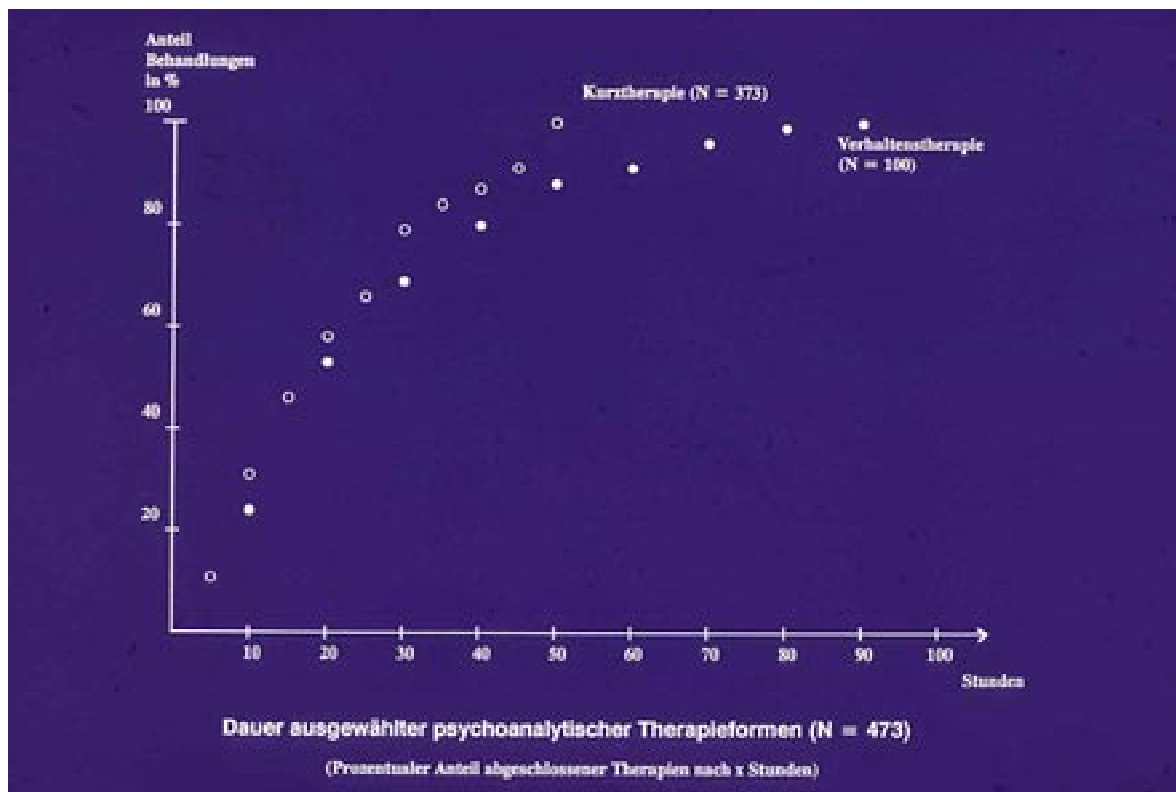


Bild: Kurztherapie, Verhaltenstherapie

In einem ersten Vergleich zeige ich die Verteilung der Dauer der psychodyna-mischen Kurztherapie, die in unsrer internen Festlegung auf 50 Sitzungen be-grenzt ist, und der bei uns psychodynamisch indizierten Verhaltenstherapie; diese stellt keine psychodynamische Therapieform dar, aber wird an unsrer Ambulanz im Entscheidungsprozess psychodynamisch begründet . Beide The-rapieformen leisten, was sie zu leisten vorgeben, nämlich auf kürzere Interven-

tion angelegte Behandlungen zu sein, wobei die Verhaltenstherapie bei 20 % der Patienten doch den Bereich der kürzeren Therapieform deutlich überschreitet.

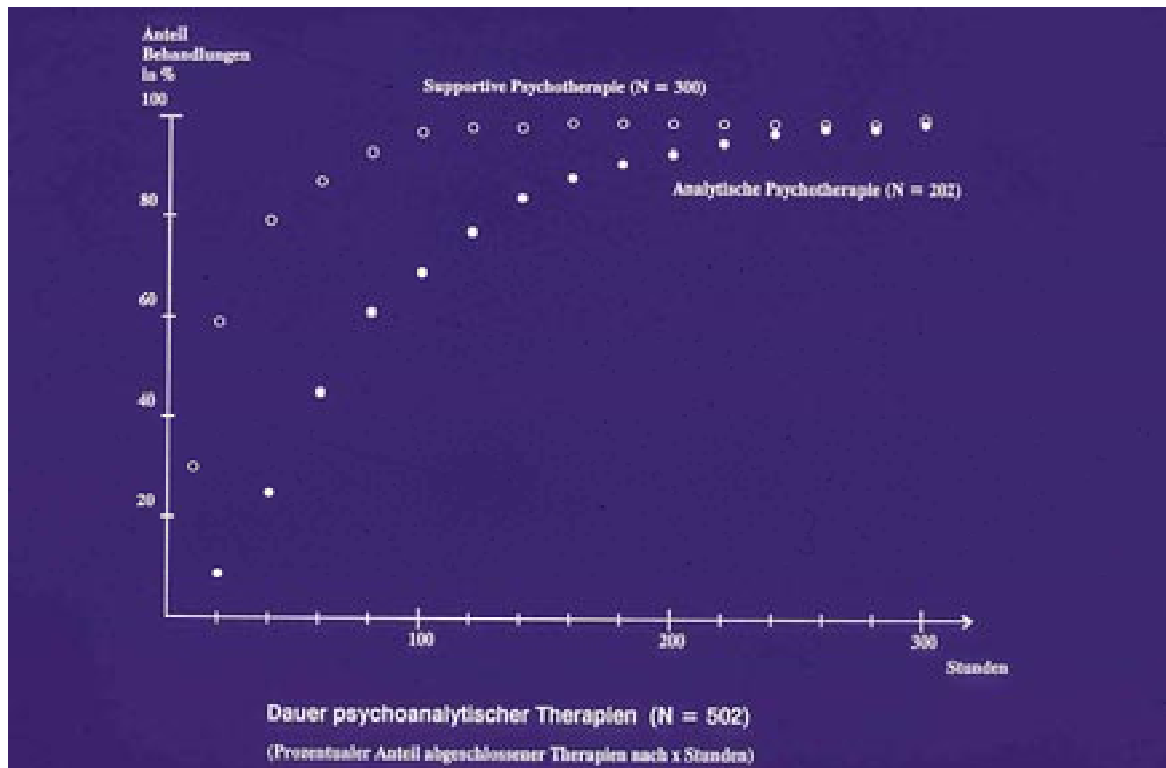


Bild: analytische Psychotherapie und supportive Psychotherapie

Die analytische Psychotherapie, zweistündig im Sitzen durchgeführt, ist bei über sechzig Prozent der Patienten bereits nach den ersten beantragten 80 Sitzungen abgeschlossen, ein Befund, der uns selbst überrascht hat. Wir vermuten in dieser Gruppe einen erheblichen Teil von Veränderungen der Therapieziele und damit auch Veränderungen der Planung der Behandlung; einseitige vom Patienten initiierte Therapieabbrüche machen in dieser Gruppe einen im Vergleich zu anderen Therapieformen ungewöhnlichen hohen Anteil von ca. dreizehn Prozent aus. Die supportive Therapie, die fast ausschließlich von zwei psychodynamisch geschulten Sozialarbeitern durchgeführt wird, versorgt rund 80 % ihrer Patienten innerhalb von 40 Sitzungen; die übrigen Patienten erhalten jedoch eine über Jahre sich hinziehende Unterstützung.

Abschließend möchte ich die Funktion solcher schlichter deskriptiver Erhebungen der psychotherapeutischen Tätigkeit benennen: einerseits brauchen wir für unsere klinische Tätigkeit, in der wir persönlich sehr engagiert sind, deren emotional belastenden Aspekte uns auch in persönliche Stellungnahmen manövriert, eine Möglichkeit der Rückkopplung über einige allgemeine Merkmale unsres Tuns, von denen die Dauer gewiss nur eines unter vielen ist. In der gemeinsa-

men Tätigkeit in einer Ambulanz fördert diese Information, - die übrigens jedem Therapeuten auch gesondert verfügbar gemacht wird, auch den Umfang des gemeinsam geteilten Wissens über die Art und Weise, wie die theoretisch verfügbaren therapeutischen Modalitäten praktisch realisiert werden. Diese Förderung des geteilten Wissens scheint mir in einem Fach besonders wichtig, in dem die private Natur des therapeutischen Gesprächs der Mythenbildung Vorschub leistet. Aus der Perspektive des Wissenschaftlers teile ich die Auffassung von Klaus Grawe, dass die Psychologie und erst recht die Psychotherapie die Botanisierungphase übersprungen hat und ihre Hypothesen oft auf einer zu schmalen Beobachtungsbasis entwickelt.

Am Beispiel der Kurztherapie kann deutlich gemacht werden, dass Vergleiche mit den Ergebnissen der nordamerikanischen Kurztherapieforschung stärker den quantitativen Aspekt der verschiedenen Therapiedauer berücksichtigen muß; die Bezeichnung tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit der 50 + 30 Stundenregelung deckt bei uns sowohl kurze wie mittellange oder gar sehr lange Therapieformen ab. Langfristig konzipierte Psychotherapien sind wohl zunehmend ein Privileg der bundesrepublikanischen Psychotherapie, denn unsere Kassenregelung ist in dieser Hinsicht einzigartig.

Es hieße Eulen nach Athen tragen, hier die Frage der Beziehung von Dauer und Behandlungserfolg erörtern zu wollen, nachdem im Heidelberger Katamnesenprojekt diese Frage erst kürzlich an einer Teilstichprobe untersucht wurde (Kordy et al 1987). Ich möchte aber eine Überlegung einbringen, die sich mit dem von Howard und Orlinsky (1986) vertretenen Dosis-Effekt Prinzip der Psychotherapie beschäftigt.

Unter dem Stichwort "Dosis-Effekt Modell der Wirkung von Psychotherapie" haben Orlinsky und Howard (1986) in ihrer Übersicht zu der Beziehung von Prozess und Ergebnis von Psychotherapie verschiedenster theoretischer Orientierungen und klinischer Stichproben 79 Studien zusammengetragen, aus denen 114 Beziehungen zwischen der Dauer von psychotherapeutischen Behandlungen und verschiedenen Erfolgskriterien entnommen wurden. Rund zwei Drittel dieser 114 Korrelationen weisen auf eine signifikant positive Beziehung zwischen Länge einer Behandlung und günstigem Ausgang hin. Bei einer großen Variabilität der initialen Beschwerden und der Veränderungsfähigkeit der Patient muß damit gerechnet werden, dass sehr unterschiedliche Besserungseffekte durch die einzelne Sitzung auftreten. Die

Zuweisung von Patienten zu verschiedenen Therapieformen reflektiert die initiale Einschätzung, welches Veränderungsmodell dem Patient nach Ansicht des Therapeuten gerecht zu werden vermag. Die These, dass Psychotherapie im allgemeinen dann hilfreich ist, wenn Patienten in der Therapie verbleiben, muß m.E. in der Weise konkretisiert werden, dass es darum geht, Patienten in der für sie angemessenen Therapie zu halten. Immerhin zeigt eine Metaanalyse von Howard et al (1986) über 2431 Patienten, bei denen zu verschiedenen Zeitpunkten im Laufe einer Kurztherapie die Besserung gemessen wurde, dass Besserung von der ersten bis zur 50. Stunde eine lineare Funktion des Logarithmus der Stundenzahl war. Mit anderen Worten Besserung ist verhältnismäßig größer in den initialen Stunden und wächst langsamer mit wachsender Stundenzahl:

"This analysis also suggests a course of diminishing returns with more and more effort required to achieve just notable differences in patient improvement " (Orlinsky and Howard 1986, S.361)

Diese Untersuchung basiert zwar auf der in den USA weithin praktizierten einstündigen, bei uns als Kurztherapie eingeführten Therapieform, aber die zugrunde liegende Überlegung lässt sich m.E. sinnvoll in die bei uns praktizierte Diversifikation von Therapieformen einbauen. In den von vornherein kürzeren Therapieformen steht die Besserung des Befindens vermutlich mit den unspezifischen Auswirkungen der vermittelten Unterstützung zusammen. Je mehr schwerwiegendere Probleme des Patienten in die therapeutische Arbeit einbezogen werden, desto mehr verlangsamt sich aus der Natur der Sache auch der therapeutische Prozess. Die Indikation zu einer intensiveren Behandlungsform impliziert also die bedingte Prognose, dass Veränderung nur mit einem größeren Aufwand zu erreichen ist. Diese Sachlage führt in die klinische Situation zurück: die differentielle Indikation zu einer der verschiedenen Therapieformen muß von der Regel gesteuert werden : so viel wie notwendig, so wenig wie möglich, um der gesellschaftlichen Verantwortung, ein beschränktes Angebot von Behandlungskapazität für möglichst viele Patienten nutzbar zu machen, gerecht werden zu können.

Literatur

Hohage R, Kächele H , Hössle I (1987) Die Dokumentation des Interview-Ausganges in einer psychotherapeutischen Ambulanz. Psychother Med Psychol 37: 244 - 247

Kordy H et al (1987) Time and its relevance for a successful psychotherapy . unveröff. Manuskript

28.12.2003

- Howard HI, Kopta SM, Krause MS & Orlinsky DE (1986) The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*
- Orlinsky D, Howard K (1986) The relation of process and outcome. In S Garfield & AE Bergin (Eds) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York, Wiley.
- Phillips EL (1985) *Psychotherapy Revised: New frontiers in research and practice*. Hillsdale, Erlbaum Ass.