

145. Kächele H (1993) Comment évaluer les psychothérapies? *Psychotherapies* 4: 225-232

Horst Kächele, Ulm

**Wie soll man psychotherapeutische Behandlungen evaluieren ?
- ein Plädoyer an die Psychotherapeutin und den Psychotherapeuten (französisch)**

Es dürfte heute unbestritten sein, dass es nicht nur juristische Pflicht jeder Therapeutin und jedes Therapeuten, sondern auch Teil ihres oder seines Selbstverständnisses sein muß, das therapeutische Handeln gut zu begründen; Patienten, Angehörige, Krankenkassen und die Öffentlichkeit haben ein Recht und eine Pflicht, die Frage nach der Wirksamkeit der angebotenen und praktizierten therapeutischen Massnahmen zu stellen. Die Methodik dieser Rechtfertigung variiert in Abhängigkeit von den Adressaten und den jeweils angestrebten Zielen; im klinischen Alltag, für den einzelnen Fall wird wenig schon genug sein, für die politische Entscheidung über die Einführung neuer Versorgungsstrukturen kann die Evaluation nicht umfassend genug sein. Dabei handelt es sich nicht nur um eine Frage der Quantität, sondern wir haben zunächst uns den qualitativen Aspekt der Frage vorzulegen.

Die Frage: "wie man evaluiert" kann nicht von der Frage losgelöst betrachtet werden: "für wen man evaluiert" Die im Wort Evaluation unübersehbar enthaltene Wertperspektive ist tatsächlich zu berücksichtigen, wenn man vernünftig über Evaluation reden will.

Der Patient, seine Familie, seine peer group, seine Arbeitskollegen, seine Freunde haben ihre je eigenen Präferenzen für das was sie als zufriedenstellenden Ausgang einer Psychotherapie betrachten würden Gleiches gilt für den Therapeuten, das Krankenhaus, den Arbeitgeber und die Krankenversicherung, das soziale Sicherungssystem, der Gesundheitsminister - sie alle haben andere, eigene legitime Interessen an dem Vorgang der Psychotherapie, seinen Erfolgen und Mißerfolgen.

Auch wenn wir geneigt sind, der Patientin oder dem Patienten das oberste

Recht zuzuerkennen, ihre oder seine Evaluationsperspektive als wichtigste zu betrachten, so sollten wir die anderen Parteien nicht übersehen. Der Gegensatz zwischen der individuellen Perspektive und der Bewertung durch die soziale Umwelt ist nur teilweise aufhebbar. Zum Beispiel glaube ich, dass die meisten Therapeuten dazu tendieren, ihre eigene Bewertung des therapeutischen Prozesses als die le plus veridicale zu halten, - schließlich verfügen wir über mächtige Theorien, die uns erklären, warum ein Patient sich verändert oder auch nicht. So bestehen gegensätzliche Interessen im Felde der Evaluation, die auch zu berücksichtigen sind.

Wie man also evaluiert, hängt zunächst vom sozialen Standort des Betrachters ab; darüber hinaus hat der Betrachter nicht nur einen sozialen Standort, sondern auch noch eine theoretische Brille auf.

"Theorie (ist) eine Brille, durch die wir falsche und ohne die wir gar keine Zusammenhänge sehen" (Nahr, zitiert nach Breyer, 1984). Es ist ein Kennzeichen der systematischen evaluativen Forschung, dass Daten immer auf ein Modell bzw. eine Theorie bezogen sein müssen. Eine nicht geringe Funktion der Theorie besteht in der kritischen Referenz zur Empirie: "Forschung und Praxis bestehen aus lauter Irrtümern und beide produzieren immer wieder Verdacht. Mit Statistik und Modellen wird der Täuschung und allfälligem Irrtum in der Wissenschaft begegnet" (Moser, 1991, S.332).

Die soziale Natur, die nicht-naturwissenschaftliche Eigenart des psychotherapeutischen Prozesses, wirkt in dem theoretischen Entwurf des Gegenstandes mit; darüber hinaus entfaltet sie einen mächtigen Einfluss auf die Bewertung der gesellschaftlich wünschenswerten Veränderungen.

Mit diesen Überlegungen muß man die Konkretisierung der Frage: "wie soll man evaluieren" sehr offen gestalten. Évaluation ist nicht zwingend gleichbedeutend mit quantitativ, wie dies Gerin & Dazord 1989 definiert haben¹, wohl aber könnte sich der quantitative Gesichtspunkt langfristig als fruchtbar erweisen.

¹Par évaluation, nous entendons ici l'étude qui, voici dix ans, était dite "quantitative". Elle procède par des enquêtes, c'est-à-dire porte sur des groupes de sujets et repose sur des "mesures" et des exploitations statistiques

Wie man evaluieren kann, hängt entscheidend von dem Ort ab, an dem sie stattfinden soll. Die Frage stellt sich anders für einen Praktiker als für einen Klinikchef. Man kann auch sagen, Methoden der Evaluation besitzen eine Art ökologische Validität. Nimmt man die Zahl der wissenschaftlichen Arbeiten - wie geschehen - als Kriterium für erfolgreiche psychotherapeutische Arbeit, dann wurde die Untersuchung möglicherweise in Yale oder Cambridge durchgeführt und die Patienten waren vorwiegend WASP (white anglo saxon protestant) university people. Nimmt man die Zahl der Krankheitstage im letzten Jahr als entscheidendes Kriterium für den Einfluss von Psychotherapie - wie in der berühmten Studie von Dührssen (1962) - dann liegt die Vermutung nahe, dass diese Studie im Interesse der Sozialpartner gelegen hat, im Interesse derer, die mit hartem Geld für die weichen Daten der Psychotherapie gerade stehen müssen. Ort dieser Untersuchung war das "Institut für psychogene Erkrankungen" in dem Berlin der fünfziger Jahre, wo an die Tradition des Berliner Psychoanalytischen Institutes im Hinblick auf die soziale Relevanz von Psychoanalyse angeknüpft wurde und der Auftraggeber war die Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin. Derzeit führt die Mc Donnell Douglas Corporation eine aktualisierte Version dieser Art Studie durch¹: hier

¹One of the most esteemed studies in this field is the "EAP Financial Impact Study" implemented by the well know air technology plant, McDonnell Douglas Corporation (The Almacan 1989). This study was started in 1985 to evaluate the McDonnell Douglas Employee Assistance Program (EAP) by a longitudinal analysis of costs associated with health care claims and absenteeism for a multi-year period before and after EAP-intervention. Included were people who had undergone treatment under ICD classifications related to psychiatric disorders, substance abuse or alcoholism.

We did not try to measure the financial impact of factors which cannot be objectively and concretely measured. 'Soft-dollar' items such as productivity, job-performance level, replacement labor costs and other subjective data were ignored. We wanted the most conservative possible study outcome. Therefore, the only two variables that were measured were actual health claims costs for the employee and absenteeism. Absenteeism costs were determined by the individual's daily income, extrapolated from either hourly base rates or annual salaried base compensation, then multiplied by the number of days lost. (The Almacan, 1989).

The study demonstrated a tremendous gain:

A final cost-offset ratio (investment-to-savings) 4:1; a four-year dollar savings for the EAP population of \$5.1 million. The \$5.1 million savings include the value of working days saved by the employee, which is \$ 762,526. This, too, is a conservative figure because it does not include replacement labor costs, hiring, training, etc., and losses due to normal attribution were factored in. (The Almacan, 1989)

Table 1 gives more detailed information on the results. Of special importance is that not only the medical claim costs for the EAP decreased, but also the per-case family medical claim costs.

Table 1: Excess Cost (The Almacan, 1989)

geht es um die schon lange überfällige Nutzung der nachgewiesenen cost-effectiveness von Psychotherapie für die Gewinnmaximierung des Konzerns - et pourquoi pas ?

Ort, Zeit, Sozialschicht von Patient und Therapeut, Theorie und praktische Umsetzung der Therapie beeinflussen die Antwort der Frage: wie soll man evaluieren. Die generelle Botschaft dieser Hinweise besteht darin, dass es keine Standard-Evaluations-Methode gibt und nicht geben kann und nicht geben darf.

Methoden der Evaluation müssen jeweils dem Gegenstand, dh der Art der Psychotherapie und der Art der Störung und dem Interesse des Fragenden, angepasst sein. Sie müssen diesen Gegenstandsbereich fragengerecht erfassen können, sonst geht es einem wie dem Betrunkenen, der seinen verlorenen Schlüssel unter der Strassenlaterne sucht, weil es dort heller ist.

Welche methodischen Ansätze haben wir zur Verfügung?

0. Der subjektive Bericht

1. Fragebogen mit offenen Antworten

Employee alcoholism

- > The average per-case employee medical claim cost for EAP clients was \$9,898 below that of non-EAP-clients.
- > The average per-case family medical claim cost for EAP clients was \$5,522 below that of non-EAP-clients.

Employee Drug Diagnosis

- > The average per-case employee medical claim cost for EAP clients was \$715 below that of non-EAP-clients.
- > The average per-case family medical claim cost for EAP clients was \$7,765 below that of non-EAP-clients.

Employee mixed abuse diagnosis

- > The average per-case employee medical claim cost for EAP clients was \$5,779 below that of non-EAP-clients.
- > The average per-case family medical claim cost for EAP clients was \$739 below that of non-EAP-clients.

Employee mixed psychiatric conditions

- > The average per-case employee medical claim cost for EAP clients was \$715 below that of non-EAP-clients.
 - > The average per-case family medical claim cost for EAP clients was \$6,292 below that of non-EAP-clients.
-

2. Die klinischen Schätzskalen
3. Standardisierte Instrumente
4. Die direkte Interaktionsbeobachtung

0. Der subjektive Bericht

Die Evaluation von Psychotherapie begann mit subjektiven Berichten von Therapeuten; was anders sind denn die berühmten Fallgeschichten Freuds. Sie sind "narrative accounts" von "participant observers" in dyadischen Situationen ergänzt um die Bemühung das Geschehene theoretisch auf den Begriff zu bringen. Daran zu kritisieren ist zunächst die Einseitigkeit: es wäre schön, wir hätten mehr Berichte von Patienten und Therapeuten, die uns die Pluriperspektivität des Geschehens demonstrieren würde. Marie Cardinal's Bericht *Les mots pour le dire* hat wahrscheinlich mehr für die öffentliche Anerkennung der Psychoanalyse französischer Provenienz getan als es viele systematische Evaluierungen bewirken könnten, trotzdem ist bedauerlich, dass der schweigsame Analytiker nicht ein komplementäres Buch geschrieben hat.

Fazit: komplexe interpersonelle Wirklichkeiten können durch komplexe Beschreibungsverfahren angenähert werden. Narrative sind geeignete Mittel, um subjektive Überzeugungsstrukturen zu kommunizieren. In dem Maße, wie diese Narrative veröffentlicht sind, erfüllen sie zentrale Kriterien wissenschaftlicher Produkte: Zugänglichkeit und Reproduzierbarkeit. Subjektive Berichte sind potentiell wertvolle Mittel zur Evaluation; ihr Problem ist die fehlende Repräsentativität: wir verfügen über kein Korpus solcher Berichte. Hätten wir ein repräsentatives Korpus könnten wir eine empirisch gut begründbare psychotherapeutische Erzählforschung analog der Märchenforschung etablieren, die mit den Mitteln der modernen Diskursanalyse arbeiten könnte.

1. Fragebogen mit offenen Antworten

In ihrer sehr klaren Einführung in die Evaluation der Psychotherapie haben Gerin & Dazord (1989) an erster Stelle Skalen genannt, um dann die Vorzüge der Fragebögen mit offenen Antwortmöglichkeiten zu preisen.

Ich möchte aus methodologischen Gründen im Anschluß an das Loblied auf die freie Fallschilderung zuerst auf diese Technik eingehen, bei der Strukturiertheit mit Freiheit eine schöne Verbindung eingehen kann. Als Forscher dyadischer - oder plus difficile polyadischer - Interaktionen möchten wir einerseits den ganzen Reichtum nicht missen - weshalb Forscher die Kliniker oft beneiden, die so vieles zu wissen scheinen - und andererseits wünschen wir uns einen sicheren Standort im Hinblick auf die Zuverlässigkeit und Verlässlichkeit unserer Aussagen. Fragebögen mit offenen Antwortkategorien sind in der Tat hervorragend geeignet, neue Territorien zu sondieren, das Ohr am Patienten zu lassen und trotzdem nicht den Kopf zu verlieren.

Trotzdem kann man nicht das ganze Erfahrungswissen der experimentellen Psychologie aus dem Auge verlieren und muß sich mit folgenden Fragen befassen:

Wer verteilt den Fragebogen, wem antworten die Patienten. Ein schönes Beispiel hierfür gibt die Forschung zum Mißbrauch von Patienten: Frägt man offen Therapeuten nach eigenen Grenzüberschreitungen, so ist die Zahl positiver Antworten geringer als wenn man Therapeuten fragt, wieviele ihrer Patienten von früheren negativen Erfahrungen mit verführenden Therapeuten berichten.

In diesem Sinne sind offene Fragebögen gute Instrumente um die Patienten und Therapeuten zur Mitarbeit bei der Entdeckung neuer Effekte zu gewinnen. Sie sind gut geeignet, um am Ende von Behandlungen Patienten das Gefühl zu geben, dass die Verteilung von Macht und Ohnmacht zwischen Patient und Therapeut sich nun geändert hat. Wer hätte nicht gerne mal einen deutlichen Aufsatz über seine Erfahrungen als Schüler geschrieben, der dann im Kollegium der Lehrer hätte verlesen werden müssen.

Fazit: eine evaluierende Untersuchungssituation reproduziert um so mehr eine labile interaktive Situation, je mehr offene Antwortmöglichkeiten gegeben werden - psychoanalytisch geschulte Psychotherapeuten werden darob nicht erstaunt sein. In den Vereinigten Staaten wurden Patienten nach Knochenmarktransplantation mit einem offenen Fragebogen posta-

lisch nachuntersucht; wir untersuchen mit einem semi-strukturierten zwei stündigen Interview die Auswirkung dieser Extrem-Erfahrung. Niemand wird überrascht sein, wenn ich feststelle, dass die Ulmer Studie eine erhebliche größere Komplikationsrate im Bereich der Lebensqualität feststellt (Arnold et al. 1992).

2 Die klinischen Schätzskalen

Mit der Entwicklung von Beurteilungs-Skalen begann der Untergang der mythischen Phase der Therapieforschung: mit der Frage "wie sehr hat sich ihr Patient gebessert" und der Aufforderung: "bitte antworten Sie zwischen 1 - 5" wurde die forschungspraktisch bequeme Kategorisierung sozialer Phänomene in die Therapieforschung in dem Bericht der Berliner Poliklinik 1930 eingeführt (Fenichel 1930). Beurteilungs-Skalen - ob sie nun aus einem Strich von der Länge zehn Zentimeter bestehen oder ob man fünf Antwortstufen vorgibt, haben die großartige Eigenschaft, alles messen zu können, was irgendeine Form von subjektiver Dimensionierung beinhaltet. Ob es um die Frage geht, Gott allmächtig ist oder nicht, oder ob der Teufel existiert oder nicht, ob die Behandlung erfolgreich war oder nicht, - alles dies lässt sich bequem auf Beurteilungs-Skalen reduzieren. Ja oder nein, mehr oder weniger, alles oder nichts - da unsere alltägliche Verständigung ebenfalls mit solch primitivierten Vergleichen ungleicher Dinge operiert, funktioniert der Einsatz von Beurteilungs-Skalen immer dann, wenn eine klare Fragestellung vorliegt, eine angemessene Stichprobe gezogen wird und wenn statistische Prozeduren zur Kontrolle von Beurteilungsfehler einbezogen werden. Damit kann trotz der reduktiven Weise der Datengewinnung eine vernünftige Antwort auf eine vernünftige Frage gefunden werden.

Beurteilungs-Skalen erfreuen sich großer Beliebtheit wenn relativ komplexe klinische Konzepte erfasst werden sollen, wenn relativ globales Wissen erfragt werden muß; die Möglichkeit über statistische Prozeduren die tatsächliche Varianz im erzeugten Datenkörper zu überprüfen, rechtfertigt dieses Vorgehen.

Wir haben in einer Studie 80 Patienten gefragt, ob sie mit der Behandlung zufrieden waren, ob sie das Verhältnis von Aufwand und

Erfolg für gerechtfertigt halten, ob sie diese Behandlung einem guten Freund empfehlen würde, ob sie noch mehr Therapie wünschen würden. Einerseits gab es einen zentralen Effekt, in dem die verschiedenen Skalen miteinander mäßig positiv korrelierten; interessanter war für uns und theoretisch bedeutsamer, das Ausmaß der Nicht-Übereinstimmung in den verschiedenen Nuancen der Wirksamkeitsbeurteilung erkennen zu können. Obwohl die Zufriedenheitswerte über die verschiedenen Therapieformen von Kurztherapie bis Psychoanalyse fast gleich waren, fanden sich bei den anderen Facetten erhebliche Unterschiede, die für eine differenzierte Bewertungsfähigkeit der Patienten sprechen (Kächele et al 1985).

3. Standardisierte Instrumente

Neben einer großen Zahl von ad hoc entwickelten Beurteilungs-Skalen existieren in der Zwischenzeit eine Reihe von sog. Standard-Skalen, für die ausreichend Befunde im Sinne der psychologischen Testtheorie vorliegen, um sie als standardisierte Instrumente betrachten zu können. Solche Skalen verwenden entweder die Selbstbeurteilung des Patienten und überführen diese auf strukturierte Weise in standardisierte Aussagen oder leiten den Therapeuten an, seine klinische Urteilsbildung in methodisch nachvollziehbarer Weise festzuschreiben. Bekannt geworden ist die von Luborsky (1962) im Rahmen des Menninger Projektes entwickelte Skala für die Schwere der Erkrankung (HSRS Luborsky 1962); besonders im Bereich der psychiatrischen Psychotherapieforschung wurden in Deutschland am MaxPlanck Institut für Psychiatrie Skalensysteme zur psychopathologischen Befundung entwickelt, die für die Psychotherapieforschung bedeutsam wurden (Möller & Zerssen 1983). Analog wurden Selbstbeurteilungs-Instrumente für die Patienten entwickelt, die der Erfassung von Symptom-Intensität (De Rogatis, SLC 90), von Depressionstiefe (Beck et al. 1979), von Zwanghaftigkeit (Hand 1989), von Ängstlichkeit (Spielberger 1980) etc dienen. Diese Skalen überwinden die ipsative Verankerung der Beurteilungs-Skalen und setzen eine normierte Welt dagegen, in der das Individuum seinen Platz zugewiesen bekommt. In dem Maße wie für diese stabilisierten Beurteilungsdimensionen ausreichend spezifische Untergruppen für Alter, Geschlecht, soziale Schicht etc

verfügbar sind und dazu dann ausreichend viele klinisch gut definierten Gruppen untersucht worden sind, lassen sich mit solchen Standard-Skalen Aussagen eines qualitativ anderen Sicherheitsniveaus treffen. Die Evaluierung findet dann nicht mehr nur an der jeweiligen Untersuchungsgruppe statt, - die in der Psychotherapie meist viel zu klein ist - sondern kann durch diese professionalisierten Standard-Skalen in einer großen Population verankert werden.

Skalierte, standardisierte Beurteilungen wurden nun nicht nur für die Anfang - Ende Vergleichsperspektive entwickelt, sondern wurden auch für den für die Psychotherapie sehr wichtigen Bereich der Verlaufsbeschreibung ausgearbeitet (Jones & Windholz 1990).

Die Evaluation von Psychotherapie hatte in den ersten Jahrzehnten wiederholt ergeben, dass keine sehr hohen Korrelationen zwischen initialen Bedingungen des Patienten und den prognostischen Ausgang bestand, die für den Ausgang des Unternehmens Psychotherapie hätten herangezogen werden können (Luborsky et al 1971; Kächele & Fiedler 1985). Die systematische Untersuchung der prozessualen Charakteristika ergab als substantielles Ergebnis vieler Forschungsgruppen, dass die Evaluierung des therapeutischen Binnenklimas in verschiedenen Facetten zu den wichtigen Merkmalen modernen Evaluationsforschung gehören muß. Für die wesentlichen Konzepte wie "hilfreiche Beziehung" (Luborsky et al. 1983, "Qualität der therapeutischen Arbeit" (Czogalik & Hettinger 1988), "zentrale Beziehungsmuster" (Luborsky & Kächele 1988) und viele andere mehr sind vielfältige Instrumente entwickelt und getestet worden (s.d. Greenberg & Pinsof 1986). Das von Orlinsky & Howard entwickelte "Generic Model of Psychotherapy" (1986) demonstriert, die große Zahl von Prozessvariablen, die sich gegenseitig bedingend, fördernd oder hemmend, von Stunde zu Stunde eines Micro-outcome erzeugen, der im Laufe des Prozesses inkrementell zu jenem Macro-Ergebnis führt, das die traditionelle Ergebnisforschung im Auge hat. Evaluationsforschung, die sich nicht zur hochspezialisierten Prozessforschung drängen lassen will (s.d. Dahl et al 1988), muß jedoch sehr genau ins Auge fassen, welche minimalen Prozessqualitäten im Sinne von Prozessindikatoren erfasst

werden müssen, um am Ende sagen zu können, dass diese oder jene Form von Therapie tatsächlich an gewendet wurde, deren Ergebnis dann erst evaluiert werden kann. Minimale Prozessbeschreibung gehört deshalb zu den neuesten Entwicklungen der pragmatischen Therapieforschung, wie sie Howard (1992) propagiert.

Generell werden nach wie vor in der prozess-orientierten Evaluation zu wenig Befunde benützt, die nicht aus der therapeutischen Situation stammen. Dies mag die Folge praktischer Schwierigkeiten sein, trotzdem bleibt die Landkarte der Veränderungsprozesse relativ weiß, solange wir nur - und sei es noch so differenziert - die Prozesse innerhalb der therapeutischen Sitzung studieren. Einen ersten großen Schritt in die unbekannte Welt draußen hat Orlinsky mit der Entwicklung eines Inter-Session Questionnaire getan, der die Erfahrungen des Patienten zwischen den Stunden zu registrieren versucht (Orlinsky 1990).

4. Die direkte Interaktionsbeobachtung

Strategisch ist es von großer Bedeutung, ob sich die Evaluationsforschung auf Abbildungen von Phänomenen auf Skalen beschränken will, oder ob der Schritt gewagt werden soll, Aspekte des verbalen und non-verbalen Geschehens in der therapeutischen Situation als Veränderungsindikatoren zu benützen. Die traditionelle Unterscheidung von Ergebnis- und Verlaufsforschung entfällt, denn das Ergebnis besteht in den Veränderungen, die am therapeutischen Prozess direkt sichtbar gemacht werden können.

Hierfür sind audio-visuelle Aufzeichnungen notwendig, denn nur diese liefern das Rohmaterial für die dann sehr aufwendigen Analysen (Kächele et al. 1988). Der notwendige Aufwand bei der Datenerhebung lohnt sich dann besonders, wenn eine langfristige Forschungsperspektive konzipiert wird. Aufzeichnungen führen nämlich zu sog. Primärdaten (oder auch Rohdaten), die auf vielfältigste Weise kodiert werden können. Linguistische Untersuchungsmethoden - syntaktisch, semantisch oder pragmatischer Art - sind verfügbar, die uns eine Mikroskopie der verbalen Interaktion zugänglich machen (Labov & Fanshel 1977; Mergenthaler & Kächele 1988). Darüber hinaus stehen wir erst am Beginn einer Entwick-

lung, die sich den Reichtum der non-verbalen Interaktionen- sei es Mimik oder Gestik - erschließen wird (Krause 1990). Dies wird nicht ohne den Einsatz computer-gestützter Technologie gehen.

Strategische Gesichtspunkte

Das Problem, welches der Psychotherapieforscher oft entscheiden muß, besteht darin, ob er sich für eine hochsensibles, störungsspezifisches Instrument entscheidet und dann nur wenig Vergleichswerte heranziehen kann, oder ob er mit einer generellen Skala arbeitet, die eher veränderungsrobust ist und somit eine Wirksamkeit nur bei ausgeprägten Effekten nachweisbar wird. Es geht hier nicht um ein richtig oder falsch, sondern entscheidend für die Wahl des Instrumentes ist eine Fragestellung und der Grund der Frage. Um für eine staatliche Institution die Wirksamkeit einer bestimmten Intervention belegen zu können, dürfte die härtere Skala den Vorzug erhalten; um für die Weiterentwicklung einer Theorie der Behandlung spezielle Informationen zu bekommen, dürfte der themen-spezifischen, sensibleren Methode der Vorzug zu geben sein.

Solche Probleme spielen auch beim Vergleich von Therapien unterschiedlicher theoretischer Fundierung eine große Rolle. Die Beurteilung von Verhaltenstherapie, klienten-zentrierter Therapie und psychoanalytischer Therapie kann so angelegt werden, dass gemeinsame Effekte identifiziert werden können oder kann so geplant werden, dass differentielle Effekte besser registriert werden können.

So scheinen in Lichte einer Dosis-Wirkungs-Diskussion die verschiedenen Therapieformen sich wenig zu unterscheiden; die Dauer von psychoanalytischer Kurztherapie und Verhaltenstherapie an der Ulmer Ambulanz, gemessen in Stunden, ergibt einen fast identischen Distributionstypus (Kächele 1990).

Untersucht man jedoch verschiedene Wirkmechanismen, so mehren sich die Befunde, dass wir von erheblichen Interaktionseffekten zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und potentiell hilfreichen Wirkmechanismen auszugehen haben (Beutler et al. 1991). Die Konsequenzen für die Planung einer Therapiestudie sind unmittelbar einsichtig. Wir erwarten einen

Fortschritt im Bereich der differentiellen Therapiezuweisung (Grawe 1992). Dies zwingt uns, zur Evaluierung bestimmte Persönlichkeitsaspekte zu erfassen, die sich als fördernd oder hemmend in der therapeutischen Arbeit erweisen können. Wahrscheinlich ist es noch viel komplizierter als wir uns derzeit es eingestehen können. Vermutlich sind verschiedene Persönlichkeitsvariablen zu verschiedenen Lebensaltern günstige oder ungünstige Voraussetzungen für die verschiedenen Psychotherapieformen. Die klinische Intuition wird ihr Fundamentum in re haben; deshalb muß die weitere Planung der Therapieevaluation auch ein offenes Ohr für die klinische Erfahrungswelt haben.

Nicht genug, dass wir eine multi-facettierte Erhebung bei Patienten und Therapeuten vornehmen müssen - wobei die Auswahl der Variablen entscheidend von der Fragestellung bestimmt ist - sondern wir müssen ebenfalls bereits in der Planungsphase überlegen, welche Umgebungsfaktoren möglicherweise eine Rolle für den erstrebten Veränderungsprozess spielen.

In einer bundesweiten, multi-zentrischen Studie zur psychodynamischen Therapie von Eßstörungen der Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart wird der Zusammenhang des Schweregrads der Störung von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa und dem Therapieaufwand beantwortet werden, der für eine Unterbrechung der Chronifizierung ausreichend ist. Wir gehen aufgrund der vorliegenden Literatur davon aus, dass sowohl der Ausprägungsgrad der störungsspezifischen Symptomatik, sowie auch der Schweregrad der Persönlichkeitsstörung und der Schweregrad der familienstrukturellen Störung einen erheblichen Einfluss auf den für einen günstigen Ausgang zu erbringenden Therapieaufwand hat (Kächele et al. 1992). Deshalb werden folgende Variablen einbezogen:

Symptomatik

Patientin:

Störung des Eßverhaltens: Eating Disorder Inventory EDI

Selbstbeurteilung: Anorexia Nervosa Inventar ANIS

Symptomdiagnose von Eßstörungen FSE

Symptom Check Liste SCL-90

Therapeutin:

Morgan-Russel Skalen

Persönlichkeit

Patientin:

Freiburger Persönlichkeits Inventar FPII - R

Narzissmus Inventar

Therapeutin:

FPI-R (Fremdbeurteilung)

Familie

Patientin:

Familienklima Skalen von Mohs

Familien-Interaktion mit SYMLOG

Darüber hinaus werden noch an einzelnen Orten der multi-zentrischen Studie somatische Befunde erhoben, die ich hier nicht näher erwähnen möchte, obwohl wir mit Sicherheit erst am Beginn einer psychobiologischen Perspektive auch für die Psychotherapie stehen (Schwartz 1978).

Die Vielzahl der erhobenen Variablen erfordert entsprechend eine hohe Zahl von Probanden in der Studie. Da wir gleichzeitig überprüfen, welche Form von stationärer oder ambulanter Therapie (Dosis-Konzept der Studie) das günstigere Verhältnis von Ausmaß der Störung und Veränderungspotenz aufweist, wird es niemand mehr wundern, dass wir idealiter eine Stichprobe von 1200 Patientinnen und Betriebskapital von ca 5 Mill. DM benötigen¹.

Diese Studie exemplifiziert auch eine Konsequenz aus der Kritik an den exemplarischen Wirksamkeitsüberprüfungen an und durch bestimmte (vorwiegend universitäre) Institutionen. Diese oft auch kontrolliert durchgeführten Studien lösen viele Probleme der Evaluation nur teilweise, da ein Großteil der Psychotherapie im ambulanten Setting von niedergelassenen Therapeuten oder in der BRD in psychosomatischen Kliniken durchgeführt wird und die Annahme der Strukturgleichheit universitär-institutioneller Psychotherapie für die alltägliche Praxis nicht exten-

¹Zu Zwei Dritteln werden diese Kosten vom BMFT übernommen; der andere Teil wird durch das Land Baden-Württemberg finanziert.

siv geprüft ist bzw. ihre Prüfung doch erhebliche Unterschiede für die Klientel niedergelassener Psychoanalytiker und psychotherapeutischer Kliniken ergibt¹

Vielleicht gefördert, möglicherweise auch nur im Schutz der wissenschaftlichen Aktivitäten, hat sich die psychotherapeutische Versorgung weiter ausgedehnt. Stimuliert und herausgefordert von der klinischen Alltagspraxis haben Psychotherapeuten die Grenzen der Behandlungsmöglichkeiten erweitert und dabei die gewohnten Formen der Behandlung modifiziert. Gleichzeitig wuchs die Akzeptanz von Psychotherapie allgemein in der Gesellschaft, insbesondere bei potentiellen Patienten und Behandlern. Nicht zuletzt diese Entwicklung lenkt die Aufmerksamkeit auf neue Fragen. So rücken am Anfang der achtziger Jahre Fragestellungen in den Mittelpunkt des Interesses, die sich auf das System der psychotherapeutischen Versorgung richten. Dies ist typisch für eine etablierte Behandlung. Insofern kommen nun - auch als Folge der überreichlich eingebrachten Ernte der kompetitiven, vergleichenden Therapiestudien - für die Psychotherapieforschung neuartige Studien hinzu, die nach einer psychopharmakologischen Nomenklatur der "Phase IV Forschung" bzw "Arzneimittelforschung nach der Zulassung" zuzurechnen sind. Der Schwerpunkt solcher Studien liegt in der Untersuchung des tatsächlichen therapeutischen Tuns in der alltäglichen klinischen Praxis.

Diese Dynamik ist vorteilhaft für die Entwicklung des Feldes und sollte nicht durch methodologische Vorschriften oder ideologische Voreingenommenheit blockiert werden: Das Feld der Psychotherapieforschung wird durch eine gesunde Spannung zwischen entdeckungs-orientierter und bestätigung-suchender Forschungsmethodologie bestimmt. Nur so wird zukünftige Forschung präzisere Antworten auf die Frage liefern können, was Psychotherapie für bestimmte Patienten zu welchen Kosten und in welchem Zeitraum leisten kann.

Die hier formulierte inhaltliche Schwerpunktsetzung resultiert aus dem

¹Dies belegt u.a. die Berliner Studie von Rudolf et al (1991) und die Praxis-Studie der DGPT (Schmitt et al 1988)

zunehmenden Bewußtsein des besonderen Charakters von Psychotherapie im gesellschaftlichen Kontext und der damit verbundenen Verpflichtung. In Anerkennung dieser Verpflichtung plädieren viele Forscher dafür, das Laboratorium der randomisierten Studien mit oft einschneidenden Selektionskriterien zu verlassen, um mehr alltagsweltliche, naturalistische Studien durchzuführen.

"Um die Forschung für die Kliniker relevanter zu machen, müssen wir unsere Ergebnisse so aufbereiten, dass wir auf einzelne Patienten Parameter fokussieren können, seien es Individuen oder klinisch sinnvolle Untergruppen. Kein Kliniker wird sich davon überzeugen lassen, dass eine bestimmte Behandlung für alle Patienten überzeugende Haupteffekte zeigt. Denn ein nicht geringer Anteil der klinischen Arbeit besteht ja gerade darin, Entscheidungen über die angemessene Intervention für einen bestimmten Patienten zu treffen" (Strupp & Howard 1992).

Bibliographie

- Arnold, R., Bergerhoff, P., Denzinger, R., Hertenstein, B., Kächele, H., Novak, P., Schwilk, C., & Simons, C. (1992). Phasen der Rehabilitation knochenmarktransplanterter Patienten und Patientinnen. PPmP Psychother Psychosom med Psychol. 42(6), 191-200.
- Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression . New York: Guilford Press.
- Beutler L, Engle D, Mohr D, Daldrup R, Bergan J, Meredith K, Merry W (1991) Predictors of differential response to psychotherapeutic procedures. Journal of Consulting and Clinical Psychology 333-351
- Breyer F (1984) Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Czogalik D, Hettinger R (1988) Mehrebenenanalyse der psychotherapeutischen Interaktion: Eine Verlaufsstudie am Einzelfall. Z Klin Psychol 17:31-45
- Dahl, H., Kächele, H., & Thomä, H. (1988). Psychoanalytic Process Research Strategies. Berlin Heidelberg New York London Paris Tokyo: Springer,
- DGPT. (1988). Die Praxis-Studie . Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie, Psychoanalyse, Tiefenpsychologie.
- Dührssen, A. (1962). Katamnestische Ergebnisse bei 1004 Patienten nach

- analytischer Psychotherapie. *Z Psychosom Med*, 8, 94-113.
- Fahrenberg, J., Selg, H., & Hampel, R. (1970, 1973). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar*. Göttingen: Verlag für Psychologie, Dr. C.J. Hogrefe.
- Gerin, P., & Dazord, A. (1989). L'évaluation des psychothérapies dans la pratique clinique. *Actualités Psychiatriques*, 19: 88-93.
- Greenberg, L., & Pinsof, W. (1986). *The Psychotherapeutic Process. A Research Handbook*. New York. London: The Guilford Press,
- Grawe, K. (1992). Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau* 43: 132-162
- Hand I, Wittchen H-U (Hrsg) (1989) *Verhaltenstherapie in der Medizin*. Springer-Verlag, Berlin
- Howard, K. (1992). *The Howard Outpatient Tracking System*. Dep. Psychology, Northwestern University.
- Jones EE, Windholz M (1990) The psychoanalytic case study: Toward a method for systematic inquiry. *J Am Psychoanal Ass* 38:985-1016
- Kächele, H. (1990). Wie lange dauert Psychotherapie. *Psychother Med Psychol*, 40, 148-151.
- Kächele H (1992) Une nouvelle perspective de recherche en psychothérapie - le projet PEP. *Psychothérapies* 2:73-77
- Kächele, H., & Fiedler, I. (1985). Ist der Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung vorhersehbar? *Psychother Med Psychol*, 35, 201-206.
- Kächele H., Mergenthaler E (1992) Analyse du discours du patient et du thérapeute par des analyses de contenu informatisées. In: P. Gerin, A Dazord (Eds) *Recherche cliniques planifiées sur les Psychothérapies*. INSERM, Paris
- Kächele, H., Thomä, H., Ruberg, W., & Grünzig, H. (1988e). Audio-recordings of the psychoanalytic dialogue: scientific, clinical and ethical problems. In Dahl H, Kächele H & Thomä H (Eds.), *Psychoanalytic process research strategies* (pp. 179 - 194). Berlin Heidelberg New York Tokyo: Springer.
- Kächele, H., Wolfsteller, H., & Hössle, I. (1985). Psychotherapie im Rückblick - Patienten kommentieren ihre Behandlung. *Prax Psychother Psychosom*, 30, 309-317.
- Kächele, H., & al. (1992). Planungsforum "Psychodynamische Therapie von Eßstörungen". *PPmP-DiskJournal*. *PPmP-DiskJournal*, 3(1),
- Krause, R. (1990). Psychodynamik der Emotionsstörungen. In K. Scherer (Ed.), *Psychologie der Emotion*. *Enzyklopädie der Psychologie* Göttingen: Hogrefe.

- Labov W., & Fanshel, D. (1977). *Therapeutic Discourse*. New York: Academic Press.
- Luborsky, L. (1962). Clinicians' judgments of mental health: A proposed scale. *Arch Gen Psychiatry*, 7, 407-417.
- Luborsky, L., Chandler, M., Auerbach, A. H., Cohen, J., & Bachrach, H. M. (1971). Factors influencing the outcome of psychotherapy; a review of qualitative research. *Psychol Bull.* 75, 145-185.
- Luborsky L, Crits-Christoph P, Alexander L, Margolis M, Cohen M (1983) Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: a counting signs versus a global rating method. *J Nerv Ment Dis* 171:480-492
- Luborsky L, Kächele H (1988) *Der zentrale Beziehungskonflikt*. PSZ-Verlag, Ulm
- Mergenthaler, E., & Kächele, H. (1988). The Ulm Textbank management system: A tool for psychotherapy research. In H. Dahl, H. Kächele, & H. Thomä (Ed.), *Psychoanalytic process research strategies* (pp. 195-212). Berlin Heidelberg New York London Paris Tokyo: Springer.
- Möller, H., & Zerssen, D. v. (1983). Psychopathometrische Verfahren: II. Standardisierte beurteilungsverfahren. *Nervenarzt*. 54, 1-16.
- Moser U (1991) Vom Umgang mit Labyrinthen. *Praxis und Forschung in der Psychoanalyse - eine Bilanz*. *Psyche* 45: 315-334
- Orlinsky, D. (1990). *The inter-therapy session experiences*. unpubl. manuscript . University of Chicago.
- Orlinsky, D., & Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. Garfield, & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 3rd edn (pp. 311-381). New York: Wiley.
- Rudolf, G. (1991). *Die therapeutische Arbeitsbeziehung. Untersuchungen zum Zustandekommen, Verlauf und Ergebnis analytischer Psychotherapie*. . Berlin Heidelberg New York: Springer.
- Schwartz, G. (1978). Psychobiological foundations of psychotherapy and behavior change. In S. Garfield, & A. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 63-100). New York: John Wiley & Sons.
- Spielberger CD (1980) *Stress und Angst*. Beltz, Weinheim
- Strupp, H., & Howard, K. (1992). A brief history of psychotherapy research. In D. Freedheim (Ed.), *A History of Psychotherapy* Washington, DC: American Psychological Association.

Prof. Dr. med. H. Kächele
Abteilung Psychoherapie
Uiversität Ulm
Am Hochsträß 8
79 Ulm