

Psychotherapieforschung und therapeutische Versorgung¹

H. Kächele & H. Kordy

Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart

1. Zur Stellung der Psychotherapieforschung zwischen Theorie und Klinik:

Psychoanalytische und behaviorale Psychotherapie sind in Deutschland als Krankenbehandlung etabliert. Die Krankenkassen übernehmen die Behandlungskosten; psychotherapeutische Einrichtungen sind Teil des öffentlichen Gesundheitssystems; universitäre Fachabteilungen für psychosomatische Medizin und Psychotherapie an den medizinischen Fakultäten belegen die wissenschaftliche Stellung (s.d. die Denkschrift 90, Hoffmann et al.1991). Trotzdem ist die leidvolle Erfahrung vieler Patienten, daß es nach wie vor schwierig ist, einen freien Psychotherapieplatz zu finden, ein Beleg dafür, daß die psychotherapeutische Versorgung aus der Sicht der Konsumenten noch nicht genügend ist. Das Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes (Meyer et al. 1991) dokumentiert "eine erhebliche Unterversorgung und eine gravierende Fehlversorgung". Diese Kombination wird von ihnen auf den Nenner gebracht: "Statt früh und ambulant kommt es spät - und dann meist stationär zu Psychotherapie" (S. 17). Nach wie vor liegen gegenwärtig wenig empirische Studien darüber vor, welche Art von Therapie in welchem Umfang bei welchen Patienten mit welchem Erfolg angewendet werden. Es gibt nach wie vor zuwenig Daten über die Wege und Umwege, die zur Psychotherapie führen; über Aussichten und Risiken, Kosten und Nutzen einer psychotherapeutischen Behandlung.

Diese Fragen werden von der sog. Psychotherapieforschung bearbeitet. Nun ist es keinesfalls so selbstverständlich, daß es eine professionelle Psychotherapieforschung gibt, wie man aufgrund der offensichtlichen Bedeutung der oben genannten Fragen für die psychotherapeutische Versorgung vielleicht glauben könnte. Gerade unter Psychotherapeuten findet man im-

¹ Das Manuskript basiert auf Vorträgen auf dem Statuskolloquium des BMFT (Frühjahr 1991) und dem Internationalen Kongress für Psychotherapie (Herbst 1991)

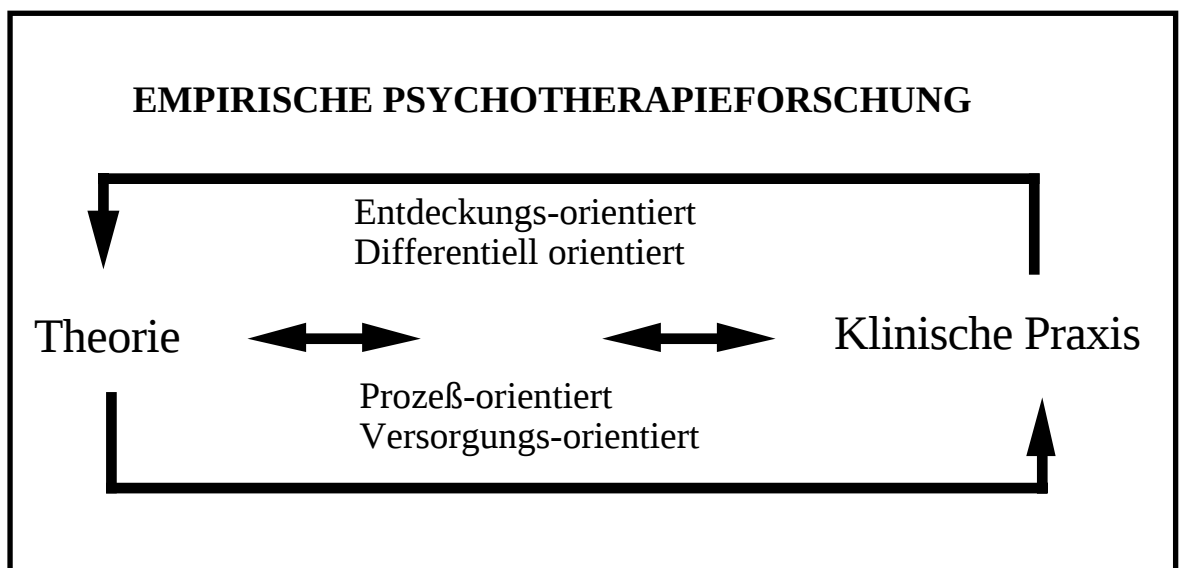
mer noch einige, die bezweifeln, ob eine empirische Beforschung der Psychotherapie durch nicht unmittelbar an der Behandlung beteiligte Forscher (weder Patient noch Therapeut) möglich ist. Was ist in der Psychotherapie anders als in den medizinischen Fachgebieten, wo Klinik und Forschung selbstverständlich als eigenständige, aber wechselseitig aufeinander bezogene Tätigkeitsbereiche ausgewiesen werden? Es könnte daher rühren, dass die geordnete systematische Erforschung der psychotherapeutischen Tätigkeit eine relativ neue Angelegenheit ist. Der von Freud engagiert vorgetragene Anspruch, dass in der Psychoanalyse Forschen und Heilen zusammenfallen - die sog. Junktithese (Freud 1927a), hat ein Selbstverständnis zum Ausdruck gebracht, das nicht wenigen der Profession noch heute viel bedeutet. Die vom Therapeuten in der klinischen Situation, im therapeutischen Kontext durchgeführte "Forschung" ist ein Verfahren, welches präziser als die reflektierende Abstraktion klinischer Erfahrungen nach selten näher spezifizierten Regeln zu kennzeichnen ist (Kächele 1991). Es umfasst den reichhaltigen theoretischen und praktischen Erfahrungsschatz, der über Jahrzehnte in psychotherapeutischen Situationen gesammelt wurde. Das psychoanalytische Forschungsmodell reicht aber noch weiter: es meint sowohl die mit dem Patienten gemeinsam betriebene Erforschung des wieso und warum - eine dyadenspezifische Forschung - als auch die weitere Aufarbeitung dieser dyadenspezifischen Verstehensprozesse durch den Therapeuten (s.d. Eissler 1965¹).

Die Erforschung therapeutischer Prozesse durch Dritte, nicht am Behandlungsprozess Beteiligte ist etwas radikal anderes, weil damit die Forschung in einen anderen Kontext gestellt wird, in dem die Herstellung von und der Umgang mit Daten nach eigenen Regeln geschieht. Empirische Forschung in diesem anderen Kontext führt letztlich zu einem - trotz der gleichen Bezeichnung "Psychotherapie" - eigenständigen Forschungsgegenstand und folgt eigenen Forschungs- und Erkenntniszielen. Psychotherapieforschung (PTF) umfasst alle systematischen Bemühungen die Bedingungen günstigen, erfolgreichen Operierens psychotherapeutischer Interventionen zu erfassen, zu erklären oder zu modellieren.

¹Ein Zitat von Kurt Eissler (1965) soll dies verdeutlichen: "Der Beobachter erlangt Wissen nur insoweit, als das Subjekt durch den gleichen Prozeß hindurchgeht. Klinisch gesehen bedeutet dies, daß, wenn der Beobachter ein beträchtliches Wissen über dieses Subjekt sammelt, aber ohne es ihm zu vermitteln - oder wenn das Subjekt trotz der Mitteilung dieses Wissen nicht integriert, der ganze Prozeß zum Stillstand kommt." (S.66)

Empirische Forschung - und diesbezüglich stellt die PTF keine Ausnahme dar - ist immer "theorieimprägniert" (Herrmann, 1979) und zielt auf die Weiterentwicklung von Theorie. In dem Maße, in dem Psychotherapie sich als eine angewandte Wissenschaft begreift, fordern die Probleme der klinischen Praxis auch das Erkenntnisinteresse von Psychotherapieforschern heraus und zielen die Ergebnisse solcher empirischer Studien - wenn in der Regel auch nur indirekt - auf eine bessere therapeutische Versorgung. Theorie und klinische Praxis definieren insofern den forschungsstrategischen Rahmen der PTF. Wir unterscheiden vier Typen von Psychotherapieforschung, die nicht unbedingt als aufeinanderfolgende, jeweils abgeschlossene Phasen der wissenschaftlichen Entwicklung in unsrem Fach begriffen werden sollen, wenn auch im historischen Entwicklungsgang gewisse Schwerpunkte auszumachen sind. Die "brennenden Probleme der Zeit" definieren stets neue Fragen und bestimmen jeweils die Präferenzen.

Bild:



"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 systematischer empirischer Forschung, dass Daten immer auf ein Modell bzw. eine Theorie bezogen sind. Ohne ständiges Entwerfen von Modellen findet sich keine Ordnungsstruktur für die Fülle der Phänomene (Moser & Zeppelin 1991) 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 Statistik - als eine besondere Form, in der Theorie über einen bestimmten Forschungsbereich ausgedrückt werden kann - hilft dabei, Empirie und Theorie zu verknüpfen und ergänzt insofern die kreative, spekulative Theoriebildung. Psychotherapie ist - vielleicht - angewandte Wissenschaft. Als Wissenschaft ist sie an Theorie orientiert; Themen und Methoden werden sich dementsprechend ebenfalls daran orientieren. Als Anwendung ist sie auf die klinische Tätigkeit gerichtet und insbesondere zur Rechtfertigung verpflichtet; hier kommen andere z.B. juristische, ethische oder ökonomische Prinzipien mit ins Spiel. Psychotherapieforschung lebt in oder zwischen diesen beiden Welten und die Akzente verschieben sich in Abhängigkeit von den Entwicklungen in diesen beiden Welten

2. Schwerpunkte und Schwerpunktverschiebungen unter historischer Perspektive.

Die entdeckungsorientierte PTF, die Meyer und Mitarbeiter als Frühphase apostrophieren (1991, S. 75), lässt sich auch als archaisch beschreiben; das "Deutsches Wörterbuch" von Wahrig definiert 'archaisch' als "frühzeitig, altertümlich, aus der Frühzeit einer Kunst stammend¹. Ihre Beiträge reichen weit zurück, soweit Berichte über Patienten mündlich oder schriftlich überliefert wurden und es besteht kein Anlaß an ihrem Fortbestand zu zweifeln. Es mag sein, dass Breuer und Freuds "Studien zur Hysterie" sich erstmals einer wissenschaftlichen Prosa befleißigten (s.d. Kächele 1981), aber die Beschreibung eines Falles, der auf mehr oder weniger systematische Weise mit sich selbst verglichen wird, ist schon lange Teil der medizinischen Methodenlehre (Martini 1953; Thomä 1980)

Die Praxisrelevanz dieser entdeckenden Psychotherapieforschung ist deshalb nicht gering anzusetzen, weil in der neugierigen, erprobenden Einstellung des praktizierenden Therapeuten in der Arbeit mit Patienten immer wieder neu die Reichweite des psychotherapeutischen Zugriffs ausgelotet werden kann. Ein auch nur cursorischer Blick in die Publikationsorgane

¹Ein beispielhaftes Zitat: " Als forschende Therapeuten wird für sie das Verständnis eines fremden Lebensschicksals zum schöpferischen Akt, eine Darstellung des empathisch Miterlebten hat für sie den Gestaltungswert eines Kunstwerks" (Dührssen 1987)

der verschiedenen psychotherapeutischen Schulen belegt, dass immer neue Pathologien beschrieben werden, dass neue Therapiemethoden neue Patienten definieren und die Reichweite des Seelischen immer wieder neu bestimmt wird.

Den Übergang zu einer die Versorgung legitimierenden Psychotherapieforschung kann man mit dem Zehn-Jahres Überblick der Berliner Psychoanalytischen Poliklinik (Fenichel 1930) aus den dreißiger Jahren ansetzen; er enthielt erstmals den großen Atem der Rechtfertigung und war gleichzeitig auch schon offensiv nach außen gerichtet. Der Anspruch der psychoanalytischen Therapie, als eine Behandlungsalternative in der Regelversorgung anerkannt zu werden, wird erstmals ausdrücklich mit einer zu diesem Zweck durchgeführten empirischen Erhebung, dem Rechenschaftsbericht des Berliner Instituts, begründet: So plädierte Ernst Simmel unmissverständlich für eine Kosten-Nutzen Rechnung:

"Denn wer je zusammenrechnen könnte was die Krankenkassen unnütz an Geld für Verordnungen verschwenden, gegen all die sog. Psychopathien, das heißt in Wirklichkeit gegen Neurosen ---" und " wer zusammenrechnen könnte, welche großen pekuniären Leitungen die Kassen aufzubringen haben für die Kranken, die immer wieder rückfällig werden müssen, weil ihre eigentliche neurotische Störung nicht diagnostiziert wurde .." und " wer nachrechnen könnte, wieviel Renten neurosen dadurch entstehen, das psychische Unfallfolgen nicht schon im Keim psychoanalytisch behandelt und beseitigt werden; wer diese und auch anderes mehr zahlenmäßig erfassen könnte, der würde den Kassen beweisen können, wieviel sie sparen, bzw in sozialhygienischer Beziehung zweckmäßiger verwenden würden, wenn sie die psychoanalytische Behandlung ihren Krankenkassenmitgliedern zugänglich machten" (Simmel 1930, S.9).

Mit dieser brandheißen Rede wurde eine Legitimation der Psychotherapie durch ihren gesellschaftlichen Nutzen gefordert, die in der BRD von den nach wie vor zu Recht hochgeschätzten Studien von Dührssen (Dührssen, 1953; Dührssen, 1962; Dührssen, 1965) eingelöst wurden. Ihr Ziel war es, den potentiellen Geldgeber, die Krankenkassen, für die Finanzierung von Psychotherapie zu gewinnen, - und sie haben dieses Ziel weitgehend erreicht.

Diese Art von Legitimationsstudien sind insofern nach außen gerichtet als sie durch Abgrenzung bzw. Konkurrenz zu nicht-psychologisch fundierten

Behandlungskonzepten geprägt sind. Die endgültige Etablierung und Institutionalisierung der Psychologie als eine eigenständige Fachwissenschaft nach dem 2. Weltkrieg erlaubte nun mehr und mehr auch die fachinterne Auseinandersetzung. Prominentes Beispiel ist die Kontroverse, die der Psychologe Hans Eysenck 1952 in einer überkritischen Analyse der bis dahin vorliegenden Daten psychotherapeutischer, vorwiegend psychoanalytischer, Behandlungen auslöste. Er bezweifelte, daß Psychotherapie im Vergleich zu sogenannten Spontanremissionen als erfolgreich betrachtet werden kann. Diese heftige Attacke hatte im Nachhinein das große Verdienst, das allgemeine Bewusstsein für die Notwendigkeit objektivierender Forschungsbestrebungen entscheidend geschärft zu haben. Immerhin stützte sich sein Urteil auf 24 Studien mit insgesamt 8053 Patienten, die in den Jahren von 1930 - 1950 erschienen waren. Die von ihm ausgelöste Diskussion machte deutlich, dass die Bewertung des Therapieerfolges durch den behandelnden Therapeuten - und sei er noch so rechtschaffen - den Anforderungen einer Objektivierung des Therapieerfolges nicht genüge, und dass die Untersuchung der einzelnen Therapieverfahren unter kontrollierten Bedingungen zu erfolgen habe, um spezifische Wirkungen von unspezifischen unterscheiden zu können.

Mit der weiteren Konstituierung des wissenschaftlichen Feldes in den nachfolgenden Jahren durch Fachkonferenzen¹, durch die Gründung von wissenschaftlichen Fachgesellschaften¹ und durch die Einführung und Verbreitung von Fachzeitschriften¹, bildete sich ein Klima, in dem in freundlich-kritischer Atmosphäre die Befunde empirischer Forschung abgewogen werden konnten. Diese Atmosphäre half die allmählich den scheinbar nur von außen kommenden gesellschaftlichen Legitimationszwang durch eine Haltung der bewussten Selbstkritik abzulösen und durch wissenschaftliche Neugier zu ergänzen.

Noch immer gibt es da und dort Stimmen, die das Unternehmen Psychotherapie zur Gänze in Frage stellen. Die inzwischen verfügbare Befundlage verweist dieses Kritisieren in den Bereich des Ungebildetseins, wenn nicht

¹ zum Beispiel die drei vom National Institut of Mental Health unterstützten APA-Konferenzen (1958/1961/1966)

¹ wie z.B. der internationalen Society for Psychotherapy Research (SPR) im Jahre 1968

¹ Besonders J clin soc Psycholgy, Psychotherapy: Theory, Research and Practice, Zsch psychosom Med Psychoanal., Psychotherapie Med. Psychologie Psychosomatik; erst kürzlich wurde Psychotherapy Research als Journal der Society for Psychotherapy Research gegründet.

sogar des Ungezogeneins. Zusammenfassungen der zahlreichen empirischen Studien sowohl in der traditionellen Form des Reviews z.B. Luborsky et al. 1975) als auch in der modernen Form der Meta-Analyse (z.B. Smith, Glass & Miller 1980; Wittmann u. Matt, 1986; Grawe et al., in Vorbereitung) belegen die globale Wirksamkeit. Die internationale Gesellschaft für Psychotherapieforschung (Society for Psychotherapy Research) hat inzwischen über 1000 Mitglieder aus fast dreißig Ländern und repräsentiert ein eindrucksvolles Potential an Forschern und Forschungsergebnissen. Nachzulesen ist dies summarisch in dem "Handbook of Psychotherapy and Behavior Change", dem ersten umfassenden Text der Psychotherapieforschung, welcher 1971 zum erstenmal und 1986 in seiner dritten Auflage erschienen ist.

In dem Maße wie die Legitimation der Psychotherapie als Aufgabe im gesellschaftlichen Kontext heute jenen negativen Beigeschmack verliert und als Desiderat von den Beteiligten selbst anerkannt werden kann, erweitert sich die globale Frage nach der Wirksamkeit einzelner Verfahren im wissenschaftlichen Diskussionsprozess seit den siebziger Jahren zu einem differentiellen Erkunden (Meyer 1990).

Die psychotherapeutische Wirksamkeitsforschung hat sich zu einer differentiellen Psychotherapie-Effizienz Forschung hinentwickelt. Begünstigt durch das Aufkommen der behavioralen Theorien und Behandlungsmethoden stand anfangs eine Pferderennen-mentalität im Vordergrund (wie AE Meyer dies treffend auch genannt hat), die in der Suche nach der überlegenen Theorie und Behandlung bestand. Heute wird die leitende Frage dieser Neu-Orientierung der PTF meist wie folgt formuliert: Welche Behandlungsmassnahme durch wen, in welchem Zeitpunkt führt bei diesem Individuum mit diesem spezifischen Problem unter welchen Bedingungen zu welchem Ergebnis in welcher Zeit. Diese Neuformulierung eines zentralen Gegenstandes der PTF wurde nicht zuletzt durch die wiederholte Erfahrung ausgelöst, dass für die verschiedenen Therapieformen Unterschiede hinsichtlich ihrer mittleren Effekte beim gruppen-statistischen Vergleich nur selten gesichert werden konnten.

Die enorme Zahl an Einzelbefunden, die die vielen empirischen Studien der letzten 3 Jahrzehnte erbracht haben - Klaus Grawe hat mit seinen Mitarbeitern die derzeit umfassendste Übersicht zusammengetragen

(Grawe et al. 1988a, 1988b, in Vorb), deren Ergebnisse im Wesentlichen in das sog. "Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes" (Meyer et al. 1991) eingegangen sind -, hat einerseits deutlich gemacht, welchen enormen Bestätigungsbedarf die bisher so überzeugend wirkenden Theorien noch haben, und gleichzeitig die Aufmerksamkeit auf neue theoretisch interessante Aspekte gelenkt. Es wurde z.B. deutlich, daß der gruppenstatistische Ansatz der Prozess-Ergebnis-Studien Grenzen dort findet, wo unser Verständnis der therapeutischen Prozesse noch nicht detailliert genug erscheint. Auf Modellbildung zielende Prozeßstudien sind daher, auch wenn die Frage des Ergebnis vorerst ausgeklammert wird, eine notwendige und nützliche Ergänzung versorgungsorientierter Forschung. Demzufolge wurde die prozessuale Analyse des therapeutischen Geschehens unter Hinzuziehen neuer Forschungsmethoden wieder intensiviert (Dahl et al. 1988).

3. Die "Entdeckung" der therapeutischen Versorgungspraxis als Forschungsfeld der Psychotherapieforschung.

3.1. Legitimation und Qualitätssicherung

Es dürfte heute unbestritten sein, dass es nicht nur juristische Pflicht jedes Therapeuten, sondern auch Teil seines Selbstverständnisses sein muß, sein therapeutisches 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 solcher Rechtfertigung variiert in Abhängigkeit von den Adressaten und den jeweils angestrebten Zielen; im klinischen Alltag, für den einzelnen Fall werden sorgfältige Notizen des Psychotherapeuten genügen. Die Verbindlichkeit dieser Art eines Wirksamkeitsnachweis wird aber schon dadurch massiv eingeschränkt, dass es einen freien Zugang zu solchen Aufzeichnungen für eine systematische Auswertung nicht geben kann.

Vorschläge zur Verfeinerung dieses alltäglichen Dokumentierens wie Petermann (1982)'s Plädoyer für das Konzept der kontrollierten Praxis haben aus vielen Gründen nur wenig Echo gefunden; hier sind noch viele Überlegungen für eine Akzeptanz solcher Massnahmen anzustellen, die

heute unter dem Stichwort Qualitätssicherung eine neue Aktualität bekommen haben.

Die exemplarischen Wirksamkeitsüberprüfungen an und durch bestimmte (vorwiegend universitäre) Institutionen löst die Probleme nur teilweise, da ein Großteil der Psychotherapie im ambulanten Setting des niedergelassenen Therapeuten durchgeführt wird und die Annahme der Strukturgleichheit institutioneller Psychotherapie für die ambulante nicht geprüft ist bzw. ihre Prüfung doch erhebliche Unterschiede für die Klientel niedergelassener Psychoanalytiker und psychotherapeutischer Ambulanzen ergibt, wie die Berliner Studie von Rudolf und Mitarbeitern zeigen konnte (Rudolf 1991). Die Praxis-Studie der DGPT hat eine weitere Schneise in die bislang weitgehend unzugängliche Welt der niedergelassenen ambulanten analytischen Psychotherapie und Psychoanalyse geschlagen.

Die Forderung nach Qualitätssicherung - von dem bereits erwähnten Forschungsgutachten (Meyer et al. 1991) erstmals für die Krankenkassen-Psychotherapie ausbuchstabiert - ist gerade angesichts der rapiden Vermehrung psychotherapeutischer Methoden mit mehr oder weniger expliziter theoretischer Fundierung im Interesse der bewährten wie auch der innovativen Methoden zu stellen. Das gegenwärtige Verfahren, bei dem erfahrene Psychotherapeuten für die Krankenkassen als Gutachter tätig werden, hat sich klinisch bewährt, könnte aber durch eine verstärkte Mitwirkung der Konsumenten, der Patienten, eine interessante Ergänzung erfahren. Die Schlagzeile "Patienten kritisieren Behandlung" sollte nicht nur eine negative Konnotation haben, sondern als eine Chance begriffen werden, eine Rückmeldung über die Erfahrungen von Patienten in und mit der Therapie zu bekommen (vgl. Bräutigam et al. 1990).

Aus dem Nervenkrankenhaus des Bezirkes Oberfranken wurde z.B. berichtet, dass Patientinnen ein Urteil über die stationäre psychiatrische Behandlung abgegeben haben. Der Bereich des intensiven zwischenmenschlichen Kontaktes wurde am hilfreichsten für die Besserung der Beschwerden eingeschätzt. Aus den Ergebnissen wurden einige wichtige Folgerungen gezogen (Kallert 1991, vgl. auch Kordy et al. 1990).

Für neue Verfahren, die sich unter der Hand längst ausgebreitet haben, wie z.B. die sog. kreativen Verfahren im Bereich der stationären Therapie, sind solche Evaluationen dringend zu wünschen, wenn sie sich den Anteil

an der gesellschaftlich legitimierten Versorgung sichern wollen, der ihnen nach eigener Auffassung zukommt.

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 PTF neuartige Studien hinzu, die nach einer psychopharmakologischen Nomenklatur der "Phase IV Forschung" (Linden 1987) bzw "Arzneimittelforschung nach der Zulassung" (Viktor et al. 1991) zuzurechnen sind.

3.2. Methodologische und strategische Akzentverlagerung

Psychotherapie ist heute in der Regelversorgung etabliert und wird so für die PTF zu einem "moving target" (Parloff 1983). Eben dieser Morris Parloff - einer der Senioren der NIMH geförderten Therapieforschung - gab auf dem ersten europäischen Kongress der Society for Psychotherapy Research 1981 in einem kritischen Rück - und Überblick eine programmatische Liste von Fragen und Empfehlungen für die Psychotherapieforschung der 80er Jahre, von denen wir nur drei nennen wollen (Parloff 1983):

- 1) Wie können wir sicherstellen, dass die ergebnisorientierte Forschung Evidenz vorlegt, die für die faktisch praktizierte Psychotherapie von erfahrenen Therapeuten mit wirklichen Patienten repräsentativ ist ?
- 2.) Wie lassen sich etablierte Psychotherapieformen sinnvoll untersuchen ? Je länger eine Psychotherapieform besteht und je mehr sie praktiziert wird, desto unwahrscheinlicher ist es, dass die Behandlungsform konsistent oder

in irgendeiner Form standardisiert ist. Die PTF hat es daher mit einem beweglichen Ziele zu tun.

3.) Gibt es geeignete Alternativen zu dem Ansatz randomisierter klinischer Studien ? Randomisierte Studien sind elegant und erlauben wohl Schlußfolgerungen bezüglich ursächlicher Zusammenhänge, aber ihre Angemessenheit wird durch das jeweilige Problembewusstsein begrenzt.

10 Jahre später haben zwei andere Psychotherapieforscher, die selber die letzten 30 Jahre stark beeinflußt haben, die Geschichte der Psychotherapieforschung nachgezeichnet und daraus einige Empfehlungen für die kommenden Jahre abgeleitet. Hans Strupp (Vanderbilt University) und Ken Howard (Northwestern University) beurteilen wie Parloff die Entwicklung von Psychotherapie und Psychotherapieforschung insgesamt positiv. Die Sorgfalt ihrer Suche nach den Lücken, den Begrenzungen und den offenen Fragen der empirischen Psychotherapieforschung korrespondiert mit ihrer Achtung vor dem Erreichten: Wenn Fortschritt in der Wissenschaft bedeutet, dass man zunehmend seines Nichtwissens bewusst wird und dies zugleich die Fähigkeit vergrößert, sinnvolle Fragen zu stellen, dann hat die Psychotherapieforschung bedeutsame Fortschritte zu verzeichnen. Die gegenwärtig aktuellen Probleme beziehen sich weniger auf Fragen, was man tun sollte als auf die Logistik wie etwas getan werden sollte (Strupp & Howard 1992).

Eine solche selbstbewußte und nach vorne gerichtete kritische Sicht wird dadurch leichter, dass nicht mehr die Kategorien von "richtig" und "falsch" die Diskussion leiten, sondern Psychotherapieforschung als dynamischer Prozeß gesehen wird, die sich in Brüchen und mit Spannung entwickelt:

"Die Geschichte des Faches wurde durch ein Zusammenwirken verschiedener Faktoren bestimmt. Einer davon ist die beständige Weiterentwicklung von psychotherapeutischen Interventionsformen und die wissenschaftliche Notwendigkeit die relative Wirksamkeit der verschiedenen Ansätze zu demonstrieren. Darüber hinaus wurden neue sozialwissenschaftliche Methodologien und statistische Techniken entwickelt, die für die speziellen psychotherapeutischen Fragestellungen geeignet waren (Strupp & Howard, 1992).

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 (Strupp & Howard 1992).

Die hier formulierte inhaltliche Schwerpunktsetzung resultiert aus dem zunehmenden Bewußtsein des besonderen Charakters von Psychotherapie im gesellschaftlichen Kontext und der damit verbundenen Verpflichtung. In Anerkennung dieser Verpflichtung plädieren Strupp & Howard 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).

3.3. Die Explikation des "neuen" Forschungsfeldes: Versorgungssystem-orientierte Psychotherapieforschung.

Der neue Akzent der versorgungs-orientierten PTF besteht nicht darin, daß hier empirische Forschung auf die klinische Praxis ausgerichtet ist. Das gilt auch für die bereits etablierte PTF (s.o.). Neu ist, (a) dass das gesamte System der psychotherapeutischen Versorgung zum Gegenstand der Forschung wird und (b) dass diese Forschung methodologisch und "logistisch" so angelegt ist, dass ihre Ergebnisse leichter (als bisher) in den klinischen Alltag Eingang finden kann.

Versorgungs-orientierte Psychotherapieforschung zielt damit nicht länger nur auf dem Umweg über die Veröffentlichung wissenschaftlicher Ergebnisse - und den damit verbundenen Hoffnungen auf einen wissenschaftlichen Diskurs - oder auf dem noch umwegigeren Weg über politische Entscheidungsträger auf eine Verbesserung der therapeutischen Versorgung; es wird vielmehr zu einem direkten Ziel, Praktikern eine Rückmeldung über ihr Tun zu geben, und zwar in einer Form, die sie auch benutzen können. Dazu müssen dann allerdings auch die Daten geeignet aufbereitet werden.

Die neue Forschungsperspektive richtet sich auf neue oder neuakzentuierte Fragen wie z.B.:

(1) Wie groß ist die Nachfrage nach Psychotherapie und von welchen Bedingungen hängt sie ab? D.h. gefragt wird bspw.: Wer oder wieviele Menschen benötigen Psychotherapie? Wer oder wieviele Menschen nehmen Psychotherapie in Anspruch oder verzichten darauf? Und welches sind die Gründe für das unterschiedliche Verhalten?

(2) Wieviel Psychotherapie wird von wem und in welcher Form angeboten? D.h. hier wird z.B. danach gefragt: Wie sind die unterschiedlichen Aufgaben der klinischen Versorgung organisiert bzw. institutionalisiert? Wie werden - z.B. institutsspezifisch - die vorhandenen therapeutischen Ressourcen verteilt? Welche Möglichkeiten gibt es, die therapeutischen Ressourcen anders zu verteilen und so die Effizienz der gesamten Versorgung zu verbessern?

(3) Psychische Gesundheit und die Bereitstellung von Ressourcen zu ihrer Erhaltung oder Wiederherstellung werden abhängig von gesellschaftlichen Entwicklungen entschieden. Psychotherapeutische Versorgung ist insofern immer nur historisch definiert. Versorgungs-orientierte PTF stellt daher auch Fragen wie z.B.: Welche neuen klinischen Herausforderungen kommen in einer sich kulturell, demographisch, ökonomisch etc. entwickelnden Gesellschaft auf die psychotherapeutische Versorgung zu? Und mit welchen Entwicklungen der Behandlungstechniken oder organisatorischen bzw. Management-Maßnahmen (Konzept des Managed Mental Health Care) können diese bewältigt werden?

4. Aktuelle Entwicklungen in der versorgungssystem-orientierten Psychotherapieforschung.

Es liegen bereits einige wenige Studien vor, die das System der Versorgung beschreiben und analysieren und uns die wahren Verhältnisse vor Augen führen, nicht jene, die wir gerne hätten; es gibt Studien, die direkt die Wege und Irrwege der einzelnen Patienten im System untersuchen und unmittelbar praktische Hinweise möglich machen.

Zum ersten Typ versorgungs-orientierter PTF haben z.B. Schepank und Mitarbeiter epidemiologische Studien durchgeführt. Eine allererste Frage auf der Systemebene, wen oder wieviele denn das System versorgen soll, wurde von ihnen durch die vorgelegten Untersuchungen in einer Weise beantwortet (Schepank 1987), die zu einer weiteren Frage führen konnte: wer von denen, die aus epidemiologischer Sicht versorgt werden müssten, - weil sie dort als Fälle identifiziert werden - würde denn ein Behandlungsangebot auch aufgreifen ?.- Die ursprüngliche Schätzung der Mannheimer Expertengruppe, dass 50 % der als behandlungsbedürftig Eingeschätzten ein konkretes Behandlungsangebot auch annehmen würde, musste auf ca 35% zurückgenommen werden (Franz et al. 1990).

Fragen des zweiten Typus, nämlich: Wer versorgt diese Patienten? Mit welchen Behandlungsangeboten wartet der Markt heute auf? wird vom immer wieder zu erwähnenden Forschungsgutachten zumindest teilweise beantwortet.

In einzelnen psychotherapeutischen Einrichtungen sind Fragen nach dem "Wie wird versorgt ?" bereits vertiefend untersucht worden. Unsre eigenen Erfahrungen stützen sich auf die an der psychotherapeutischen Ambulanz der Universität Ulm durchgeführten Behandlungen und auf Teiluntersuchungen im Heidelberger Katamneseprojekt (Bräutigam et al. 1980).

4.1. Die Ulmer Studie:

1689 Behandlungen wurden über einen längeren Zeitraum (1973 - 1987) mittels eines computer-gestützten Systems (Kächele et al. 1983) dokumentiert. Die Schichtverteilung der in Behandlung genommenen Patienten weicht nur wenig von den sozialen Merkmalen der zu einem Erstinterview angemeldeten Patienten ab. Diese hinwiederum sind weitgehend für die sozialen Merkmale der Ulmer Stadt- und Landbevölkerung repräsentativ.

Eine universitäre psychotherapeutische Ambulanz hat sowohl einen Versorgungsauftrag als auch die Funktion, Weiterbildung und Forschung zu

ermöglichen. Dementsprechend wird ein breites Spektrum an Therapieformen angeboten, wie die folgende Tabelle zeigt :

Tabelle 1

Therapieformen an der Psychotherapeutischen Ambulanz

(N = 1689 Patienten)

Beratung	13,0%
Kurz/ Fokaltherapie (< 50 Std)	22,1%
Psychoanalyse niederfrequent	12,0%
Psychoanalyse hochfrequent	3,9%
Paartherapie	7,9%
Familientherapie	2,5%
Verhaltenstherapie	5,9%
Supportive Therapie	17,8%
Gruppentherapie	7,8%
Gruppenarbeit	2,1%
Autogenes Training	5,0%

Quantitativ dominieren psychoanalytische Kurztherapie und die analytisch orientierte supportive Therapie. Die hochfrequente psychoanalytische Therapie macht an einem psychoanalytischen Ambulatorium mit einem klinischen Versorgungsauftrag nur einen kleinen Prozentsatz der Indikationen aus; dies ist für den Insider keine Überraschung und sicher auch eine Folge der Erfahrung, dass Mittel und Ziele in der Psychotherapie sorgfältig abgewogen werden müssen.

Die verschiedenen Behandlungsformen nehmen in erheblich verschiedenem Ausmaß Zeit in Anspruch. Die Erbringung von Zeit ist unter einer bestimmten Perspektive die primäre Leistung des psychotherapeutischen Versorgungssystems, der sich die inhaltlich verschiedenen Interventionen unterordnen lassen. Empirische Studien über die Verteilung von "Zeit" sind selten. Erst kürzlich wurde über "zeitliche Merkmale analytischer Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung" (Flügel 1989) berichtet¹.

¹ Die dort beschriebene Stichprobe von N = 1142 stammt aus der Gutachterpraxis eines Psychoanalytikers und umfasst ausschließlich Ersatzkassen-Patienten. Es werden nur Angaben zu den beantragten und genehmigten Stunden gemacht, nicht aber, in welchem Umfang die Behandlungen tatsächlich durchgeführt wurden.

Die Frage nach der Dauer der in Tab. 1 aufgeführten Behandlungsformen stellt sich für Patienten und Therapeuten verschieden. Aus der Sicht des Patienten ist möglicherweise der Zeitraum, in dem er sich in einem therapeutischen Kontakt befindet wichtiger als die Behandlungsform und die Zahl der Behandlungsstunden. Deshalb erscheint es berechtigt, zunächst über alle Therapieformen hinweg eine Darstellung zu geben, die die Dauer in Monaten ausweist. Trägt man die Beziehung von Dauer (in Monaten) mit dem kumulativen % Wert der abgeschlossenen Behandlungen in ein Schaubild ein, so ergibt sich für die gesamte Stichprobe von 1689 Patienten eine langsam abflachende kumulierte Häufigkeitskurve (Kächele 1990):

Bereits nach drei Monaten haben knapp über 30 % der Patienten den therapeutischen Kontakt wieder beendet. Hierbei handelt es sich vorwiegend um Beratungen und kürzere Therapien, die im Anschluß an das Erstgespräch unmittelbar und ohne Wartezeiten durchgeführt werden; mitenthalten sind natürlich auch die Gruppe der early drop-outs aus länger konzipierten Therapieformen (hierfür können wir aufgrund unserer Unterlagen eine Größenordnung von 10 - 12 % ansetzen). Nach sechs Monaten sind 50 % und nach einem Jahr 70 % der Behandlungen abgeschlossen. Nach zwei Jahren sind es knapp 90%.

Aus der Sicht der Therapeuten und damit auch der Institution ist eine pauschale Übersicht sinnvoll, die den therapeutischen Aufwand in Stunden erfasst. Statt eines nur globalen Mittelwertes ist es auch hier angemessen, genau darzustellen, für wieviel Prozent der behandelten Patienten wieviel Stunden aufgewendet wurden, damit auch die breite Variation des therapeutischen Aufwandes sichtbar wird

Nach zehn Sitzungen sind 35 % der Behandlungen beendet; dabei handelt es sich vorwiegend um krisen-orientierte Beratungen oder auch um frühe Drop-outs aus längerfristig konzipierten Behandlungen. Nach zwanzig Sitzungen sind bereits über die Hälfte der eingeleiteten Behandlungen beendet. Nach vierzig Sitzungen sind es 70 % der Behandlungen, nach sechzig sind 82 % der Patienten nicht mehr in Behandlung. Die Verteilungskurve flacht danach deutlich ab und zeigt nur noch ein sehr geringes Wachstum; dieser Abschnitt wird in der Ulmer Statistik von denjenigen wenigen Behandlungen besetzt, bei denen Patienten und Therapeuten sich darauf verständigen,

die Behandlungsziele in langjährigen Psychoanalysen zu erreichen zu suchen.

4.2. Psychotherapeutische Versorgung als Managementproblem: Zur effizienten Verteilung therapeutischer Ressourcen.

Solche versorgungs-orientierten Studien führen weit hinaus über die bloße Information, welche Behandlungsformen für welche Patienten vorgesehen wurden. In nuce enthalten sie auch Hinweise zu einer selbstkritischen Betrachtung, wie die verfügbaren therapeutischen Ressourcen verteilt werden.

Darüber hinausgehende Perspektiven dieser Art Forschung zielt auf Evaluierung der Kosten und der Allokation der verfügbaren Mittel. In der National Care Utilization and Expenditure Survey (NMCUES, 1980-81) wurde berichtet, dass 44% der Personen, die Termine bei einem "mental health specialist" in Anspruch nahmen, kamen weniger als vier Sitzungen und beanspruchten insgesamt 6,7% der Ausgaben. Im Gegensatz hierzu machen 16,2% mehr als 24 Besuche und nehmen 57,4% der Kosten in Anspruch.

Die Bedeutung solcher auf ein Management von psychotherapeutischer Versorgung gerichteten Studien und Überlegungen wird bisher nur wenig gesehen. Ein fiktives Beispiel mag die Problematik ein wenig illustrieren: Nehmen wir vereinfachend an, an einer Ambulanz würden nur 2 Therapieformen, eine 'kurze' und ein 'lange' angeboten. Die 'kurze' umfasse eine Therapie von 1 Stunde pro Woche über 6 Monate, die 'lange' eine von 4 Stunden pro Woche über 5 Jahre. Nehmen wir weiter an, es sei die Zielvorstellung verabredet, für jede Therapieform je 50% der Ressourcen zu reservieren. Da in diesem Falle die 'lange' Therapie 40mal so viel Ressourcen (in Stunden) für einen Patienten oder eine Patientin einsetzt wie die 'kurze', folgt trivialerweise, daß mit demgleichen Anteil an den insgesamt zur Verfügung stehenden therapeutischen Ressourcen 40mal mehr Patienten durch die 'kurze' Variante behandelt werden können. In Prozentwerten ausgedrückt, hieße dies, daß in diesem fiktiven Beispiel das Verhältnis von 'lang'- zu 'kurz'-Behandelten sich als 2,4% zu 97,6% schreibt, ein Zahlenverhältnis, das ja nicht sehr weit von den Ulmer bzw. den NMCUES Daten entfernt ist. Solche Zahlenverhältnisse sind also nicht als Resultat von Vor-

eingenommenheit oder Präferenzen von Therapeuten zu sehen, sondern eher die Konsequenz von Entscheidungen und Gewohnheiten darüber, wie therapeutische Ressourcen zu verteilen sind. Insofern handelt es sich um "Systemeigenschaften" des Versorgungssystems.

Versorgungs-orientierte Studien unter dieser neuen Perspektive geben einen Einblick in die Versorgungswirklichkeit und schaffen die Grundlage für den nächsten Schritt einer versorgungsorientierten PTF. Auf dieser Stufe geht es darum herauszufinden, welche Patienten 'wieviel' Therapie für eine klinisch relevante Veränderung benötigen. Hier geht es also darum, grundlegende Modelle zu entwickeln, die die - gesamtgesellschaftliche - Effizienz von psychotherapeutischer Versorgung steigern.

Ein wichtiger Schritt auf dieses Ziel hin sind Studien zur Dosis-Wirkungsbeziehung, wobei das Begriffspaar 'Dosis-Wirkung' hier nur als Metapher benutzt wird. Aus der vorliegenden Literatur, wie sie Orlinsky & Howard (1986) zusammengetragen haben, lässt sich entnehmen, dass die überwiegende Zahl von einschlägigen Studien zeigt, dass mehr Zeit besser als weniger Zeit ist. Für langfristig konzipierte analytische Psychotherapie konnten Kordy et al (1988) zeigt sich eine monotone Beziehung zwischen Dauer und Erfolg in Bezug auf verschiedene Zielkriterien, wenn man drei Gruppen von Patienten mit einer Therapiedauer von (1) weniger als anderthalb Jahre, (2) 1,5 bis drei Jahre und (3) mehr als drei Jahre vergleicht. Wie in der Übersicht von Orlinsky & Howard (1986) zeigt sich auch in dieser Untersuchung, dass die Effekte im Therapeutenurteil, z. B. durch goal attainment scaling, überzeugender sind als im Patientenurteil. Man könnte sagen, Patienten sind eher mit dem zufrieden, was sie bekommen, messen das Erreichte nicht an dem, was bei "mehr" Therapie möglicherweise noch erreichbar gewesen wäre; dies entspricht dem, was wir auch selbst bei einer Retrospektivuntersuchung (Kächele et al. 1985) fanden: Patienten mit Kurztherapie wiesen zwar im Mittel den gleichen globalen Zufriedenheitsgrad auf wie Patienten nach längeren Therapien, äußerten aber ungleich pronocierter den Wunsch nach weiterer Therapie.

Diese Befunde passen zu dem Dosis-Effekt Modell der Wirkung von Psychotherapie, das Howard und Mitarbeiter (1986) aufgrund einer umfassenden Analyse von einer Vielzahl von Studien, bei denen insgesamt für 2431 Patienten zu verschiedenen Zeitpunkten im Laufe einer Therapie die Besse-

rung mit einem Expertenurteil und einem Selbstrating gemessen wurde. Als Ergebnis einer Probit-Analyse dieser Daten zeigte sich, dass die Besserungsrate sich durch eine lineare Funktion des Logarithmus der Stundenzahl approximieren läßt. Mit anderen Worten, die Chance auf eine Besserung wächst nach den ersten Stunden beschleunigt und steigt langsamer oder stagniert ab einer bestimmten Stundenzahl¹.

Man kann vermuten, dass das Gesetz des "course of diminishing return" hier in subtiler Weise wirksam wird. Die überwiegende Zahl von Behandlungen wird in gegenseitigem Einvernehmen beendet. Abbrüche sind eher selten, wohl aber finden wir vermutlich Anpassungen der initialen Ziele als Folge des therapeutischen Prozesses an realisierbare Ziele. In den von vornherein kürzeren Therapieformen steht die Besserung des Befindens möglicherweise mit den unspezifischen Auswirkungen der vermittelten Unterstützung zusammen. Je mehr die schwerwiegenden Probleme des Patienten in die therapeutische Arbeit einbezogen werden, desto mehr mag sich aus der Natur der Sache auch der therapeutische Prozess verlangsamen und nolens volens zu Zieldiskussionen zwischen Patient und Therapeut führen, die mit dem Stichwort der adaptiven Indikation im Prozess gekennzeichnet werden können. Die initiale 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 und der Verantwortung gegenüber dem Patienten zu genügen. Es gilt ein beschränktes Angebot von Behandlungskapazität für möglichst viele Patienten nutzbar zu machen und auch die "Zeit" des Patienten zu schonen.

Nun ist klar, dass in der fiktiven Dosisgröße "Sitzung" eine Vielzahl von Wirkfaktoren enthalten sein kann, die weiter aufzuschlüsseln von großer Bedeutung wäre. Es liegt nahe eine Aufgliederung des Dosis-Konzeptes zu diskutieren, bei der zwischen objektiver und subjektiver Dosis unterschieden wird (Kordy et al 1990).

¹ Eine Reevaluierung der Eysenck'schen Daten mit dem Modell der Dosis-Wirkungs-Beziehung geben McNeilly & Howard (1991) und demonstrieren überzeugend die Unterlegenheit der sog. Spontanremmissionsgruppe zu der Behandlungsgruppe.

4.3. Die Multizentrische Studie zur Psychodynamischen Therapie bei Eßstörungen: Ein Beispiel von versorgungssystem-orientierter Forschung als "logistisches" Problem:

Versorgungssystem-orientierte PTF zielt schwerpunktmäßig auf die Beforschung der klinischen Alltagspraxis. Die Frage der Beeinflussung der Praxis durch Forschung (und damit der Verzerrung des "Untersuchungsgegenstandes") stellt sich daher hier noch mehr als unter den traditionellen Forschungszielen. Neben den methodologischen Aspekten (bbspw. beschrieben durch Stichworte wie: randomisierte, kontrollierte klinische Studie oder Anwendungsbeobachtung) sind hier Organisation und Planung, eben Logistik, empirischer Studien betroffen. Kann man z.B. in der Grundlagenforschung seine Daten etwa im Labor selbst herstellen, ist man bei der versorgungssystem-orientierten Forschung in besonderer Weise auf eine gute Kooperation mit praktizierenden Klinikern angewiesen. Der alltägliche Ablauf der klinischen Routine bestimmt die Organisation der Studie (nicht umgekehrt), Motivation und Betreuung vor Ort ("Monitoring") haben einen größeren Stellenwert und bedingen eine spezifische Logistik. Am Beispiel der MZS zur "Psychodynamischen Behandlung von Eßstörungen" wollen wir auf diesen "neuen" Gesichtspunkt etwas näher eingehen:

Mit einer seit zwei Jahren in Vorbereitung befindlichen multizentrischen Studie zur "Psychodynamischen Therapie von Eßstörungen" hat die Stuttgarter Forschungsstelle für Psychotherapie diese gesundheitsökonomisch relevante Fragestellung einer differentiellen subjektiven und objektiven Dosis aufgegriffen. Die Häufigkeit und Schwere der zu untersuchenden Krankheitsbilder - Anorexia nervosa und Bulimia nervosa - lassen für diese Gruppe von PatientInnen eine solche Fragestellung als besonders wichtig erscheinen. Die Relevanz wird noch dadurch unterstrichen, daß die Behandlung dieser PatientInnen sehr häufig stationär durchgeführt wird, was einen hohen Aufwand von therapeutischen Ressourcen für die PatientInnen und TherapeutInnen mit sich bringt.

Die Studie hat das Ziel, systematisch den therapeutischen Aufwand, wie er bei der 'routinemäßigen' Behandlung von eßgestörten PatientInnen entsteht, zu erfassen und die Beziehung zwischen dem so erhobenen Therapieaufwand und dem Therapieerfolg zu untersuchen.

Symptomatischer Schweregrad, Persönlichkeitsstruktur und familiär/soziale Belastungen dienen zur Charakterisierung der umfangreichen geplanten Stichprobe und erlauben die Formulierung differenzierter Hypothesen, die auf Indikation und Prognose gerichtet sind. Die Absicht, psychotherapeutische Alltagspraxis im stationären und ambulanten Setting zu untersuchen, begrenzt die Möglichkeiten der Standardisierung und bestimmt den Charakter der Studie. Es ist eine naturalistische Evaluationsstudie. Die Vielzahl potentieller Einflußfaktoren für Therapieaufwand und Therapieerfolg lassen sich am besten in einer Prognose-Studie explorieren. Automatische Klassifikations- (evtl. auch explorative Regressionsverfahren) sind die geeigneten Methoden für diesen Zweck. Die auf "Entdeckung" angelegte Strategie wird ergänzt durch einige auf "Prüfung" zielende Schritte: zunächst wurden aus der Literatur und der klinischen Erfahrung a priori einige Hypothesen abgeleitet, die empirisch überprüft werden können. Zum zweiten wird die Gesamtstichprobe in ein "Lern-" und eine "Prüfstichprobe" zerlegt, so daß eine Kreuzvalidierung der explorativ gefundenen Ergebnisse möglich ist. Hierfür ist ein für die bisherige Psychotherapieforschung ungewöhnlich großer Stichprobenumfang ($N = 1200$) notwendig, was besondere und in diesem Forschungsfeld noch wenig erprobte Formen der Kooperation und des Forschungsmanagements, sowie den Aufbau einer geeigneten Logistik nach sich zieht. Die vorgeschlagene Methodik (Classification and Regression Trees) führt zu sogenannten "Klassifikationsbäumen", die als eine Vorstufe von Expertenmodellen angesehen werden können. Die daraus ableitbaren Aussagen sind für einzelfall-bezogene klinische Entscheidungen (Indikation, Prognose) übertragbar, da sie nicht-aggregiert sind. Utopisches Fernziel der Studie dürfte ein Expertensystem sein, das für die einzelne Patientin konkret anwendbares Indikationswissen zur Verfügung stellt; eine Wissensbasis, in der gewiss auch die verschiedenen Möglichkeiten verfügbarer stationärer und ambulanter Settings mit einbezogen sein müssten.

Die Untersuchung der klinischen Praxis - und erst recht die Umsetzung der erwarteten Ergebnisse in die Praxis - ist nur unter Einbeziehung der in der Praxis arbeitenden Personen möglich. In den mehr als 2 Jahren der Vorbereitung der Studie ist es gelungen, Praktiker und Forscher aus über 40 Institutionen zusammenzubringen und eine Schnittmenge gemeinsam interessierender Fragen zu finden. Zu der Vorbereitung dieser Studie mussten

wir eine Einrichtung schaffen - die wir "*Planungsforum*" nennen - bei deren viertel - bis halbjährlichen Treffen Vertreter aller beteiligten Institutionen sich regelmäßig getroffen haben, um sowohl ihre klinischen Erfahrungen auszutauschen als auch eine wissenschaftliche Infrastruktur zu entwickeln, die den Austausch der unterschiedlichen Interessen, Sichtweisen und Fähigkeiten ermöglicht hat. Die Vorbereitung dieser Studie wurde durch die Forschungsstelle für Psychotherapie in Stuttgart getragen, die damit eine Aufgabe übernommen hat, die von in der Routine-Versorgung stehenden Einrichtungen so kaum geleistet werden könnte¹. Das *Planungsforum* ist strategisch so konzipiert, dass es einen Rahmen für drei Ebenen der Kooperation bildet: Ebene 1 umfasst den für alle verpflichtenden (methodischen) Kern der multizentrischen Studie; alle nicht für alle Mitglieder akzeptablen oder durchführbaren Interessen wurden auf die Ebene zwei verlagert, auf der in bilateralen Absprachen solche weiterführenden Fragenkomplexe bearbeitet werden können. Auf der dritten Ebene sind spezielle Vorhaben einzelner Studienmitglieder oder kleiner Gruppen angesiedelt, die aufwendige, in unserem Falle meist prozessuale Fragestellungen beinhalten. Mit dieser Strategie haben wir Psychotherapieforschung als Verbundforschung entwickelt, in der als Resultat der gemeinsamen Anstrengung ein fruchtbarer klinischer und wissenschaftlicher Austausch sichergestellt werden kann. Bedeutsam erscheint uns besonders, dass es nicht nur gelungen ist, viele universitäre Abteilungen für das Mitwirken zu gewinnen, sondern die Begeisterung für dieses Vorhaben auch auf sehr viele außer-universitäre Kliniken überspringen konnte.

Natürlich liegt es auf der Hand, dass wir aus Gründen der ökologischen Validität der Stichprobe nach Aufbau der stationären Studie uns nun intensiv um den Aufbau eines ambulanten Studienzweiges kümmern müssen (Munz et al. 1991). Es wird niemanden überraschen, dass im ambulanten -niedergelassenen Sektor noch mehr Schwierigkeiten überwunden werden müssen, bevor wir eine nennenswerte Zahl von Kolleginnen und Kollegen für versorgungsrelevante Psychotherapieforschung gewinnen können.

-

¹ Im Falle einer Förderung durch das BMFT wird die Studie zusammen mit der neugegründeten "Forschungsstelle für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin" an der Universität Leipzig durchgeführt.

Literatur

- Bräutigam W, Rad M von, Engel K (1980) Erfolgs- und Therapieforschung bei psychoanalytischen Behandlungen. *Z Psychosom Med Psychoanal* 26:101 - 118
- Bräutigam W, Senf W, Kordy H (1990) Wie wirkt Psychotherapie? In: Lang H (Hrsg) *Wirkfaktoren der Psychotherapie*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
- Breyer F (1984) *Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen*. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Cremerius J (1990) Die hochfrequente Langzeitanalyse und die psychoanalytische Praxis. Utopie und Realität. *Psyche* 44:1-29
- Dahl H, Kächele H, Thomä H (Eds) (1988) *Psychoanalytic process research strategies*. Springer, Berlin Heidelberg New York London Paris Tokyo
- Dührssen A (1953) Katamnestiche Untersuchungen bei Patienten nach analytischer Psychotherapie. *Z Psychother Med Psychol* 3:167-170
- Dührssen A (1962) Katamnestiche Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie. *Z Psychosom Med* 8:94-113
- Dührssen AM, Jorswieck E (1965) Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung. *Nervenarzt* 36:166-169
- Dührssen A (1987) Vorwort. In: Schepank H (Hrsg) *Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung*. Springer, Berlin Heidelberg New York, S VI-IX
- Eissler K (1965) *Medical Orthodoxy and the Future of Psychoanalysis*. Int Univ Press, New York
- Eysenck H (1952) The effects of psychotherapy: an evaluation. *J Consulting Psychology* 16:319-324
- Fenichel O (1930) Statistischer Bericht über die therapeutische Tätigkeit 1920-1930. In: Radó S, Fenichel O, Müller-Braunschweig C (Hrsg) *Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut. Poliklinik und Lehranstalt*. Int Psychoanal Verlag, Wien, S 13-19
- Flügel N (1989) Zeitliche Merkmale analytischer Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung. *PPmP Psychother Med Psychol* 39:11-17
- Franz M, Schiessl N, Manz R, Fellhauer R, Schepank H, Tress W (1990) Zur Problematik der Psychotherapiemotivation und der Psychotherapieakzeptanz. *PPmP Psychother Med Psychol* 40:369-374
- Grawe K (1987) Die Effekte der Psychotherapie. In: Amelang M (Hrsg) *Bericht über den 35. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Heidelberg 1986*. Hogrefe, Göttingen, S 515-534
- Grawe K (1988a) Psychotherapeutische Verfahren im wissenschaftlichen Vergleich. *Prax Psychother Psychosom* 33:153-167
- Grawe K, Siegfried J, Bernauer F, Donati R (1988b) Qualitätsanalyse der Psychotherapieforschung. *Schw Zsch Psychol* 46:259-266

- Grawe K, Donati R, Bernauer F (in Vorb.)
- Hermann T (1979) Zur Tauglichkeit psychologischer Theorien. In: Albert H, Stapf KH (Hrsg) Theorie und Erfahrung. Klett-Cotta, Stuttgart
- Hoffmann S, Schepank H, Speidel H (Hrsg) (1991) Denkschrift '90. Zur Lage der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie an den Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland. PSZ-Verlag, Ulm
- Howard, KI (1988) The psychotherapy delivery system. Keynote address, Society for Psychotherapy Research, Santa Fe
- Howard HI, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE (1986) The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist* 41: 159-164
- Kächele H (1981b) Zur Bedeutung der Krankengeschichte in der klinisch-psychoanalytischen Forschung. *Jahrb Psychoanal* 12:118-178
- Kächele H (1990) Wie lange dauert Psychotherapie. *PPmP Psychother Med Psychol* 40:148-151
- Kächele H (1991) Die Validierung der Psychoanalyse: Welche Methoden eignen sich für welche Aufgabe. In: Grünbaum A (Hrsg) Kritische Betrachtungen zur Psychoanalyse. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S 94-96
- Kächele H und Planungsforums MZS (1990) Multizentrische Studie zur psychodynamischen Therapie der Eßstörungen. Antrag beim BMFT, eingereicht
- Kächele H, Hohage R, Mergenthaler E (1983) Therapie-orientierte Dokumentation in einer psychotherapeutischen Ambulanz - Funktion und Implikation. *Psychother Med Psychol* 33: 142-146
- Kächele H, Wolfsteller H, Hössle I (1985) Psychotherapie im Rückblick - Patienten kommentieren ihre Behandlung. *Prax Psychother Psychosom* 30: 309-317
- Kallert T (1991) Patientinnen mit depressiven Erkrankungen bewerten nach Entlassung die therapeutischen Angebote einer psychiatrischen Klinikbehandlung. *Psychiatr. Praxis* 18: 178-185
- Kordy H (1986) Über den Umgang mit Beobachtungen in der Psychologie: Zum Verhältnis von Beobachtungen, Modellkonstruktion und Strukturkenntnis. Peter Lang, Frankfurt - Bern
- Kordy H (1988) Time and its relevance for a successful psychotherapy. *Psychother Psychosom* 49: 212-222
- Kordy H, Rad von M, Senf W (1990) Therapeutische Faktoren bei stationärer Psychotherapie - Die Sicht der Patienten. *PPmP Psychother Med Psychol* 40:380-387
- Linden M (1987) Phase-IV-Forschung. Springer, Berlin, Heidelberg, New York.
- Luborsky L, Singer B, Luborsky L (1975) Comparative studies of psychotherapy: Is it true that "Everybody has won and all must have prizes"? *Arch Gen Psychiatry* 32:995-1008
- Martini P (1953) Methodenlehre der therapeutisch-klinischen Forschung. Springer, Berlin Göttingen Heidelberg

- McNeilly C, Howard K (1991) The effects of psychotherapy: An reevaluation based on dosage. *Psychotherapy Research* 1:74-78
- Meyer A (1990b) Kommunale Faktoren in der Psychotherapie als Erklärung für nicht grob unterschiedliche Ergebnisse - Ein Mythos mehr in der Psychotherapieforschung. *PPmP Psychother med Psychol*.40:152-157
- Meyer A (1991) Wodurch wirkt Psychotherapie ? In: Lang H (Hrsg) *Wirkfaktoren der Psychotherapie*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S 179-188
- Meyer A, Richter R, Grawe K, Schulenburg JGv, Schulte B (1991) Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Universitäts-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf, März 1991
- Moser U (1991) Vom Umgang mit Labyrinthen. *Praxis und Forschung in der Psychoanalyse - eine Bilanz*. *Psyche* 45: 315-334
- Moser U, Zeppelin Iv (1991) *Kognitive-Affektive Prozesse*. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Munz D, Ehlers W & Kächele H (1991) SPATE - eine Studie zur psychodynamischen ambulanten Therapie von Eßstörungen. Internationaler Kongress für Psychotherapie, Hannover 9/91
- Nedelmann C, Reiche R (1990) Analyse und Analysieren im Spiegel einer empirischen Studie. *Psyche* 44:202-217
- Orlinsky D, Howard KI (1986) Process and outcome in psychotherapy. In: Garfield SL, Bergin AE (eds) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Wiley, New York, 3rd ed. pp 311-381
- Parloff M (1983) Contributions and limits of psychotherapy research. In: Minsel R & Herff W(Eds) *Methodology in Psychotherapy Research*. Peter Lang, Frankfurt,
- Petermann F (1982) *Einzelfalldiagnose und klinische Praxis*. Kohlhammer, Stuttgart
- Rudolf G. unter Mitarbeit von T. Grande u. U. Porsch (1991) *Die therapeutische Arbeitsbeziehung. Untersuchungen zum Zustandekommen, Verlauf und Ergebnis analytischer Psychotherapie*. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Schepank H (1987) *Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Feldstudie in Mannheim*. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Smith ML, Glass GV, Miller TL (1980) *The Benefits of Psychotherapy*. Johns Hopkins Univ Press, Baltimore London
- Strupp H, Howard K (1992) A brief history of psychotherapy research. In: Freedheim D (Eds) *A History of Psychotherapy*. American Psychological Association, Washington, DC,
- Thomä H (1980) Über die Unspezifität psychosomatischer Erkrankungen am Beispiel einer Neurodermitis mit zwanzigjähriger Katamnese. *Psyche* 34:589-624
- Victor N, Schäfer H, Nowak H (1991) *Arzneimittelforschung nach der Zulassung: Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York.

Wittmann W, Matt G (1986) Meta-Analyse als Integration von
Forschungsergebnissen am Beispiel deutschsprachiger Arbeiten zur
Effektivität von Psychotherapie. Psychol Rundschau 37: 20-40