

Wie wirksam ist Psychotherapie?

Der Psychomarkt ist für Hilfesuchende längst unüberschaubar geworden. Immer neue Therapieansätze wollen ins Geschäft kommen und werben nicht selten mit uneinlösbaren Versprechungen wie Bewußtseinserweiterung, Rückkehr zu unbehindertem Körperempfinden, Gefühlsoffenheit und einem besseren und erfüllteren Leben. Häufig entscheidet die Nachfrage und nicht die wissenschaftliche Seriosität oder gar die empirisch nachgewiesene Wirksamkeit einer Therapiemethode über das Angebot. Indes ist Psychotherapie kein ungefährliches Unternehmen. Giese und Kleiber¹ nennen als Risiken die potentielle Abhängigkeit vom Therapeuten, Fehlerwartungen und damit zusammenhängende Enttäuschungen, Therapiesüchtigkeit und die Zerstörung der eigenen Problemlösekompetenzen durch Überantwortung an vermeintliche Experten.

Diese Autoren stellen einen Trend zu härteren und exotischeren Therapien fest. Spektakuläre Erlebnisse zögen ein risikofreudiges Publikum stärker an als das geduldige Durcharbeiten psychischer Probleme. Vor allem spirituelle Erlebnisse und das Streben nach einem ganzheitlichen geistigen Umbruch lägen im Trend. Das führe dazu, daß die Ansprüche an eine wissenschaftliche Fundierung therapeutischer Ansätze unter den Kunden gesunken seien. Während die Machbarkeitsideologie der Industriegesellschaft hart kritisiert werde, neigten womöglich die gleichen Menschen im Bereich von Psychotherapie und Esoterik dazu, alles Denkbare und Machbare auszuprobieren. Es sei erstaunlich, wie widerspruchslos Klienten sich therapeutischen Maßnahmen unterwerfen, die destruktiv sind. „Besonders in der grauen ‚Psychoszene‘ herrscht ein vordemokratischer charismatischer Herrschaftstypus vor, bei dem Menschen freiwillig Zumutungen akzeptieren, gegen die sie sich außerhalb der Therapie als mündige Bürger vermutlich erbittert zur Wehr setzen würden“ (Giese & Kleiber 1989, 52). In der Praxis informierten sich die wenigsten Psychotherapiesuchenden über die berufliche Qualifikation der in Frage kommenden Therapeuten und Therapeutinnen. Oft wüßten sie nicht einmal, welche Therapierichtung diese vertreten. Kaum jemand treffe eine Entscheidung aufgrund einer sorgfältigen, sachlichen Auseinandersetzung mit den vielen zur Auswahl stehenden Therapiemethoden. Meist gäben gefühlsmäßige Neigungen und der Ruf der jeweiligen Therapierichtung im Bekanntenkreis den Ausschlag (ebd. 49).

Daß das gegenwärtige Psychotherapieangebot für den Laien verwirrend ist, hängt auch mit der in der Bundesrepublik bis jetzt gesetzlich nicht geklärten Frage

zusammen, wer denn eigentlich berechtigt und qualifiziert ist, Psychotherapien durchzuführen. Psychologen, die eigenverantwortlich und selbständig psychotherapeutisch tätig sein wollen, benötigen eine Zulassung über das Heilpraktikergesetz aus dem Jahr 1939. Nach den derzeit geltenden Psychotherapierichtlinien dürfen sie zwar im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung psychoanalytische Therapie und Verhaltenstherapie auf Krankenschein anbieten, aber nur, wenn der Patient von einem Arzt an sie „delegiert“ wurde (Delegationsverfahren). Diese für alle Beteiligten unbefriedigende Situation soll durch ein neues Psychotherapeutengesetz geklärt werden, das die Ausbildung und Zulassung zum Beruf des Psychologischen Psychotherapeuten regelt. Dieses Gesetz ist in Vorbereitung und soll noch in dieser Legislaturperiode verabschiedet werden.

Die Unübersichtlichkeit des Psychotherapieangebots bringt es mit sich, daß Konsumentenschutz und Verbraucheraufklärung auf diesem Gebiet schwierig, aber notwendig sind. Die Ergebnisse der Psychotherapieforschung können hier eine wichtige Orientierungshilfe bieten. Legt man nämlich den Maßstab der objektiv nachgewiesenen Wirksamkeit an, dann wird der Psychomarkt erstaunlich übersichtlich. Nach den vorliegenden Forschungsergebnissen können nur wenige psychotherapeutische Ansätze für sich beanspruchen, Therapieverfahren mit zweifelsfrei nachgewiesener Effektivität zu sein.

Geschichte und Fragestellung der bisherigen Psychotherapieforschung

Die empirische Psychotherapieforschung begann vor rund vierzig Jahren. 1952 veröffentlichte der Psychologieprofessor Hans Jürgen Eysenck in London einen provokanten Artikel², in dem er behauptete, psychoanalytische Therapie sei nicht wirksamer als keine Behandlung, und 65 Prozent der unbehandelten Neurosen seien bereits nach zwei Jahren, 90 Prozent nach fünf Jahren – ab dem Zeitpunkt ihrer Entdeckung – „spontan“ ausgeheilt. Folglich müsse jede Psychotherapiemethode, wolle sie ihre Wirksamkeit beweisen, besser sein als diese Rate der Spontanheilungen. Spontanremissionen sind jedoch viel seltener, als Eysenck annahm. Ihnen steht ein fast gleich großer Anteil an spontanen Verschlechterungen gegenüber. Das gilt heute als gesichert. Wäre die Zeit der entscheidende Heilungsfaktor, dann hätte Eysenck diese auch in Form der Anamnesedauer berücksichtigen sollen. Bis ein Mensch mit behandlungsbedürftigen neurotischen und psychosomatischen Störungen einen psychotherapeutischen Experten zu sehen bekommt, vergehen im Durchschnitt acht Jahre. 1958/59 waren es in der Bundesrepublik durchschnittlich zwölf, 1979 neun und 1985/86 noch sieben Jahre³.

Eysenck forderte, daß die Untersuchung der Effektivität und Wirkungsweise psychotherapeutischer Methoden nach den allgemeinen Standards empirischer Wissenschaften zu erfolgen hat. Die einzelnen Therapieverfahren sollten in kon-

trollierten Versuchsplänen studiert werden, die garantieren, daß die beim Patienten beobachteten Veränderungen im Erleben und Verhalten tatsächlich auf die Therapie und nicht auf andere Einflüsse zurückzuführen sind. In einem Vergleich mit gar nicht oder anders behandelten Kontrollgruppen sollte die Wirkung von Psychotherapie überhaupt bzw. die Überlegenheit eines Verfahrens gegenüber einem anderen bewiesen werden. Dieses Kontrollgruppenpostulat von Eysenck wurde in der Therapieforschung akzeptiert, und es begann die sogenannte „*Rechtfertigungs-Phase*“ der Therapieforschung (Meyer 1990). Sie war geprägt von zwei Fragen: Wirkt Psychotherapie überhaupt? und: Unterscheiden sich die einzelnen Therapiemethoden in ihrer Wirksamkeit?

M. L. Smith und seine Mitarbeiter⁴ zogen aus ihrer Meta-Analyse von 530 Therapieerfolgsstudien den Schluß, daß es ca. 85 Prozent psychotherapeutisch behandelter Patienten besserging als den nicht behandelten Patienten der Kontrollgruppen. Wittmann und Matt (1986)⁵ kamen zu vergleichbaren Ergebnissen für den deutschen Sprachraum. Damit war erwiesen: Psychotherapie ist wirksamer als keine Therapie, und Eysencks generelle Zweifel an der Wirksamkeit von Psychotherapie waren widerlegt. Die Psychotherapieforschung konnte aber, entgegen den Überlegenheitsansprüchen der meisten Psychotherapieverfahren, keine klaren Gewinner oder Verlierer unter ihnen ausmachen. Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie, psychodynamische Psychotherapie und Gestalttherapie schienen in ihrer Wirksamkeit überraschend ähnlich, obwohl sie in Inhalt und Methode stark differieren⁶. Dieser Widerspruch ist in der Therapieforschung unter dem Namen „*Äquivalenz-Paradox*“ bekannt. Die Aussage: „Psychotherapie ist wirksam, es gibt keine Unterschiede in der Wirksamkeit der verschiedenen Therapieverfahren, also ist auch meine Methode wirksam“, bezeichnet einer der bedeutendsten Experten, Klaus Grawe⁷, jedoch als Trittbrettfahrerargumentation. Diese sei immer noch verbreitet, obwohl die Mehrzahl der mittlerweile vorliegenden Meta-Analysen zu ganz anderen Aussagen komme⁸. Dieser Argumentationsweise sei nur dadurch beizukommen, daß für jeden therapeutischen Ansatz einzeln geprüft werde, was dazu an Wirksamkeitsuntersuchungen vorliegt und was dabei herausgekommen ist.

Wenn alle Psychotherapieschulen vergleichbare Erfolgsquoten aufweisen, so eine verbreitete Vermutung, dann müssen ihnen dieselben unspezifischen Wirkfaktoren zugrunde liegen. Damit stellt sich die Frage nach der Wirkungsweise, nach dem therapeutischen Agens: Welche Einflußfaktoren bewirken die Veränderung im Erleben und Verhalten des Klienten? Die Frage: Wie wirksam ist Psychotherapieschule X im Vergleich zu Schule Y? läßt sich nicht mit entsprechender Genauigkeit beantworten. Ein Wirksamkeitsnachweis ist nur auf dem Hintergrund einer differentiellen Indikation zu leisten, die fragt: Welche Menschen, mit welchen Problemen können von welchem Therapeuten bzw. welcher Therapeutin durch welche Behandlungsmethode zu welchem Zeitpunkt am wirksamsten be-

handelt werden? So wurde die Rechtfertigungs-Phase der Psychotherapieforschung durch die *Differentielle Psychotherapie-Effizienzforschung* überholt. Die wissenschaftliche Beschäftigung mit der differentiellen Indikationsfrage über die Grenzen der Therapieschulen hinweg ist allerdings noch recht jung.

Ergebnisse der neueren Psychotherapieforschung

Klaus Grawe und seine Mitarbeiter an der Universität Bern arbeiten seit zwölf Jahren an einer vollständigen Bestandsaufnahme aller psychotherapeutischen Wirksamkeitsuntersuchungen. Mit diesem Forschungsprojekt wollen sie eine umfassende Dokumentation der Wirkung, der Wirkungsweise und der differentiellen Indikation aller psychotherapeutischen Verfahren vorlegen. In einer fünfjährigen systematischen Suchaktion sammelten sie die bis 1984 veröffentlichten Wirksamkeitsstudien, etwa 3500. Aus diesen wählten trainierte Gutachter 897 Studien aus, die an erwachsenen Patienten durchgeführt wurden, welche unter einem klinisch relevanten Problem litten und einer ernstzunehmenden Therapie unterzogen worden waren. Jede dieser Untersuchungen wurde im Hinblick auf mehr als 200 Merkmale und Ergebnisaspekte analysiert, um einen möglichst umfassenden und differenzierten Ergebnisbericht zu den einzelnen Therapiemethoden erstellen zu können⁹. Das Forschungsteam stufte nur jene Therapiemethoden als empirisch bewährt ein, die ihre Wirksamkeit unter verschiedenen Anwendungsbedingungen in voneinander unabhängigen Untersuchungen mehrfach unter Beweis gestellt hatten.

Es ist daher nicht zu erwarten, daß die vorgelegten Ergebnisbewertungen in den nächsten fünf Jahren erheblich zu revidieren sind. Eine Monographie der Ergebnisse dieses Forschungsprojekts ist in Vorbereitung. In ihr ist für jede Therapiemethode dokumentiert, was dazu bisher an stichhaltigen Ergebnissen vorliegt¹⁰. Die bisher ausführlichste Darstellung der Ergebnisse findet sich im „Forschungsgutachten zur Frage eines Psychotherapeutengesetzes“, das im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums erstellt wurde¹¹. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse präsentiert auch Grawe¹². Die nachfolgende Darstellung beruht auf diesen beiden Publikationen und folgt der Gliederung des Forschungsgutachtens (FG).

1. *Humanistische Therapieverfahren*

Zu dieser heterogenen Gruppe von Therapieformen liegen 68 Untersuchungen vor, 31 davon zur Gesprächspsychotherapie, die restlichen verteilen sich auf Encounter-Gruppen, Gestalttherapie, Psychodrama, Transaktionsanalyse, Musiktherapie, Tanz- und Kunsttherapie und Bioenergetische Therapie.

Gesprächspsychotherapie in Reinform wurde in 31 Studien mit 42 Behandlungsbedingungen und in sieben weiteren in Verbindung mit anderen Therapieverfahren

untersucht. Die Ergebnisse sprechen eine deutliche Sprache: „Gesprächspsychotherapie, sowohl einzeln als auch in Gruppen durchgeführt, scheint eine sehr wirkungsvolle Behandlung für neurotische Patienten und eine ganze Anzahl weiterer Problemgruppen zu sein, die ambulant behandelt werden können. Die Therapie führt dann fast immer zu bedeutsamen Verbesserungen der Hauptsymptomatik, des Wohlbefindens, des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens und im Persönlichkeitsbereich“ (FG 82 § 412). Gesprächspsychotherapie ist ein Behandlungsverfahren mit nachgewiesener klinischer Wirksamkeit. „Ihr Ausschluß aus der Kassenfinanzierung innerhalb der gegenwärtigen Psychotherapierichtlinien widerspricht somit der empirischen Befundlage und ist damit ungerechtfertigt“ (FG 84 § 425). Die Gutachter betrachten die Gesprächspsychotherapie jedoch nicht als psychotherapeutische Grundrichtung, da sie über keine ätiologische Krankheitslehre verfügt und das Spektrum ihrer Interventionsmethoden zu eng ist. Gesprächspsychotherapie für sich allein wäre keine ausreichende Grundlage für die Qualifikation zum zukünftigen „Fachpsychologen für Psychotherapie“, sollte aber Bestandteil der Therapieausbildung sein.

Die Wirkung der *Gestalttherapie* ist nach dem derzeitigen Ergebnisstand viel weniger gut nachgewiesen als für viele andere Behandlungsmethoden. Zur differentiellen Indikation können bisher keine empirisch begründeten Aussagen gemacht werden. Die vorliegenden Ergebnisse schließen jedoch nicht aus, daß Gestalttherapie in weiteren Untersuchungen sich als wirksames Therapieverfahren erweisen könnte. Dem *Psychodrama* weisen die Gutachter eher den Stellenwert einer Behandlungskomponente zu „als den eines umfassenden, für sich allein ausreichenden Verfahrens“ (FG 81 § 404). Die wenigen vorliegenden Untersuchungen zur *Transaktionsanalyse* sind nicht überzeugend genug, um diese als ein bewährtes Therapieverfahren ansehen zu können. Zur *Bioenergetischen Therapie* liegt erst eine kontrollierte Untersuchung vor, die keinen überzeugenden Wirksamkeitsnachweis erbrachte. Diese Therapieform kann gegenwärtig nicht als bewährtes Therapieverfahren betrachtet werden. Ebenso können *Tanz- und Kunsttherapie* derzeit nicht als bewährte und wissenschaftlich fundierte Therapieverfahren gelten (FG 85 § 431). Zur *Musiktherapie* liegen nur drei kontrollierte Studien vor. Der untersuchte Anwendungsbereich beschränkt sich auf Alterspatienten und Schizophrenen. Die Frage, ob es wirklich spezifisch therapeutische Wirkungen der Musiktherapie gibt, ist noch völlig offen. Diese Therapieform kann nicht den Anspruch erheben, ein wissenschaftlich fundiertes Therapieverfahren zu sein (FG 85 § 433).

2. Psychoanalytische Therapieverfahren

Dazu liegen 61 Untersuchungen vor, die sich wie folgt verteilen: psychoanalytische Kurztherapie (27), psychoanalytisch orientierte Therapie (12), Individualtherapie (2), Katathymes Bilderleben (2), Daseinsanalyse (1) und andere Therapien psychodynamischer Orientierung (17). Nur für die psychoanalytische Kurzthera-

pie (bis ca. 30 Sitzungen) und für die psychoanalytisch orientierte Therapie (30 bis 100 Stunden) ist die Anzahl kontrollierter Studien groß genug, um hinreichend gesicherte Aussagen über deren Wirksamkeit machen zu können. Die Forschungen zur *Individualtherapie*, zum *Katathymen Bilderleben* und zur *Daseinsanalyse* sind insgesamt äußerst dürftig. Diese Verfahren zählen nicht zu den bewährten Therapien, da über ihre Wirksamkeit keine empirisch begründeten Aussagen gemacht werden können. Zur *analytischen Psychotherapie nach C. G. Jung* liegen überhaupt keine Wirksamkeitsuntersuchungen vor.

Psychoanalytische Kurztherapie, auch Fokalthherapie genannt, bewirkt bei Neurotikern und persönlichkeitsgestörten Patienten eine sehr effiziente Reduktion der Hauptsymptomatik und eine Steigerung des Wohlbefindens. Diese positiven Therapieeffekte zeigen sich vor allem bei Einzeltherapien, weniger bei Paar- und Gruppentherapien. Bei schweren psychosomatischen Erkrankungen (Asthma, entzündliche Darmerkrankungen) konnten keine positiven Veränderungen erzielt werden, auch nicht bei höherer Sitzungszahl (FG 87 § 448). Im Vergleich mit verschiedenen Formen der Verhaltenstherapie schnitt die psychoanalytische Fokalthherapie schlechter ab, vor allem was die Reduktion der Hauptsymptomatik und die Veränderungen im zwischenmenschlichen Bereich betrifft. Im Persönlichkeitsbereich führte die psychoanalytische Kurztherapie eher zu stärkeren Veränderungen. Insgesamt kann die Wirksamkeit analytischer Kurztherapie bei neurotischen und persönlichkeitsgestörten Patienten als gesichert angesehen werden. Die erzielten Veränderungen bleiben auch langfristig aufrechterhalten.

Die *psychoanalytisch orientierte Therapie* leitet sich wie die Fokalthherapie in ihren theoretischen Konzepten vom psychoanalytischen Standardverfahren, der klassischen Psychoanalyse, her. Das Standardverfahren umfaßt vier bis fünf wöchentliche Sitzungen von je 50 Minuten und erstreckt sich über drei bis fünf Jahre. Die Wirksamkeit psychoanalytischer Psychotherapie mit einer Sitzungszahl von 30 bis 100 Stunden und einer Behandlungsdauer bis zu 2½ Jahren ist bei verschiedenen Störungen, vor allem bei neurotisch und persönlichkeitsgestörten Patienten, insgesamt als gut gesichert anzusehen und kann zu den bewährten Therapieverfahren gezählt werden. Dies gilt allerdings nur für den „Mainstream“ der Psychoanalyse, nicht jedoch für die vielen Ableger des ursprünglichen Ansatzes.

Zur klassischen Psychoanalyse von mehreren hundert Stunden Dauer gibt es keine Wirksamkeitsuntersuchungen mit einem im strengen Sinn kontrollierten Versuchsplan. Die wohl umfangreichste psychoanalytische Untersuchung mit einem quasi experimentellen Versuchsplan ist die monumentale „Menninger-Studie“¹³. Sie dauerte mehr als dreißig Jahre und bezieht sich auf 42 psychisch schwer erkrankte Patienten, die einer stationären Langzeitbehandlung in Topeka (Kansas) unterzogen wurden. Eine Hälfte der Patienten wurde mit Psychoanalyse, die andere mit stützender psychoanalytischer Therapie behandelt. Bezüglich der Wirksamkeit ergaben sich keine Vorteile der Psychoanalyse gegenüber den stüt-

zenden therapeutischen Techniken. Die Annahmen, mit denen Langzeitanalysen begründet werden, konnten nicht bestätigt werden.

Als geradezu pikant bezeichnet Grawe den durch mehrere Untersuchungen gestützten Befund, daß psychoanalytische Therapie bei Patienten mit psychosomatischen Störungen bemerkenswert unwirksam ist. Angesichts dessen, daß in der Bundesrepublik praktisch alle Lehrstühle für Psychosomatik und Psychotherapie mit Psychoanalytikern besetzt sind, paßt dieser Befund „so sehr nicht in die Landschaft, daß er von denen, die er eigentlich anginge, so gut wie totgeschwiegen wird“ (Grawe 1992, 140). E.-E. Meyer¹⁴ verglich psychoanalytisch behandelte psychosomatische Patienten mit einer Vergleichsgruppe, die gesprächstherapeutisch behandelt wurde. Die Untersuchung führte ein Team von erfahrenen Psychoanalytikern durch. In der psychoanalytisch behandelten Gruppe traten nur wenige statistisch signifikante Verbesserungen ein. Die gesprächstherapeutisch behandelte Vergleichsgruppe zeigte dreimal so viel statistisch signifikante Veränderungen wie die analytisch behandelte Gruppe. Dies belegt, daß die psychoanalytische Therapie bei dieser Patientengruppe eine spezifische Unwirksamkeit aufweist. Die in dieser Studie psychoanalytisch behandelten Patienten begannen in den zwölf Jahren nach der Therapie durchschnittlich vier weitere psychoanalytische Therapien. Die Patienten der Vergleichsgruppe nahmen im gleichen Zeitraum im Durchschnitt weniger als halb so oft weitere Psychotherapien auf. Die Gutachter räumen dem psychoanalytischen Ansatz den Status einer psychotherapeutischen Grundorientierung ein. Sie empfehlen psychoanalytisch ausgerichteten Therapeuten jedoch, für Erkenntnisse aus dem gesamten Bereich der Psychotherapie, auch außerhalb der eigenen Grundorientierung, offen zu sein (FG 90 § 469).

3. Verhaltenstherapeutische und kognitive Verfahren

Diese Therapieverfahren sind die am besten untersuchte therapeutische Orientierung. Es liegt eine Vielzahl von Studien vor, in denen verschiedene Formen der Verhaltenstherapie und kognitiven Therapie in insgesamt 1290 Behandlungsbedingungen auf ihre Wirksamkeit untersucht wurden. Sie verteilen sich auf die einzelnen Verfahren wie folgt: kognitive Therapieverfahren (102), verschiedene verhaltenensorientierte Methoden (87), Biofeedback (82), systematische Desensibilisierung (71), operante Methoden (71), Training sozialer Kompetenz (70), Reizkonfrontation (65), Aversionstherapie (52), Modellernen (49), Selbstkontrollverfahren (44), verdeckte Konditionierung (31), Sexualtherapie (32) und Sprechtherapie (9). Im Vergleich zu den humanistischen und psychoanalytischen Therapiemethoden ist die Wirksamkeit fast jeder der spezifischen Methoden der Verhaltenstherapie besser abgesichert als die irgendeiner anderen Therapieform. Die Besonderheit der Verhaltenstherapie ist der spezielle Zuschnitt ihrer Behandlungsmethoden für bestimmte Störungen. „Die Ergebnislage zur Wirksamkeit der kognitiv-behavioralen Therapiemethoden kann nur zu der Schlußfolgerung führen, daß die Anwendung

dieser Methoden in der psychotherapeutischen Versorgungspraxis eine möglichst große Rolle spielen sollte“ (FG 93 § 484).

Psychotherapie ist nicht nur Anwendung von Techniken, auch wenn diese sich als noch so wirksam erwiesen haben. Psychotherapeutische Einflußnahme ist eingebettet in ein Muster sich wechselseitig beeinflussender Faktoren, wie beispielsweise der Therapiebeziehung und der Aufnahmefähigkeit des Patienten. In der Verhaltenstherapieausbildung sollte daher die Selbsterfahrung des eigenen Beziehungsverhaltens und ein Training in der Gestaltung des eigenen Beziehungsverhaltens als Grundlage für die Herstellung einer guten Therapiebeziehung eine Rolle spielen (FG 93 § 486). Die Gutachter weisen der Verhaltenstherapie, die aus der empirischen Psychologie hervorgegangen ist, uneingeschränkt den Status einer umfangreichen psychotherapeutischen Grundorientierung zu. Dank ihrer engen Verbindung mit der empirischen Psychologie überprüft sie laufend ihre Annahmen und befindet sich in ständiger theoretischer Weiterentwicklung. Dies schlägt sich auch im Repertoire therapeutischer Verfahren nieder.

4. Familientherapien

In der Familientherapie gibt es zwei Ansätze, einen verhaltenstherapeutischen und einen systemtheoretischen. Ersteren betrachten die Gutachter als Unterkategorie der Verhaltenstherapie und bewerten ihn positiv. Die Systemische Familientherapie, die den Anspruch erhebt, ein eigener Therapieansatz zu sein, bewerten sie kritischer. Es liegen acht kontrollierte Untersuchungen vor. Dabei handelt es sich um systemisch orientierte Therapien nach Minuchin, Satir, Watzlawick und Zuk. Zur Familientherapie nach Boszormeny-Nagy und zur Dynamischen Familientherapie nach Stierlin liegen keine Untersuchungen vor. Nur in zwei der acht Untersuchungen wurde ein statistischer Prä-Post-Vergleich angestellt. In beiden Untersuchungen verringerte sich das Problemverhalten der Kinder, das den Anlaß zur Therapie darstellte, signifikant. Die vorliegenden Ergebnisse sprechen nur dafür, „daß Familientherapie ein geeignetes Setting zur Herbeiführung von Veränderungen in Familienbeziehungen und von Verbesserungen im Problemverhalten von Kindern sein kann. Ein Beweis für die Richtigkeit der systemischen Wirkannahmen oder auch nur für die Wirksamkeit der systemischen Therapie bei der Behandlung eines breiteren Spektrums psychischer Störungen und Erkrankungen ist durch die vorliegenden Ergebnisse nicht erbracht“ (FG 95 § 498). Es sei nicht ausgeschlossen, daß die bisher unzureichend geprüften einzelnen systemischen Verfahren sich einmal als Bereicherung des Spektrums psychotherapeutischer Behandlungsmethoden erweisen werden.

5. Hypnose, Autogenes Training, Entspannungsverfahren

Zur Hypnose liegen 19 und zur „Progressiven Relaxation“ nach Jacobson 63 Untersuchungen vor. Beide Techniken haben sich genügend oft als für den unmit-

telbar angestrebten Zweck wirksam erwiesen. Das Autogene Training wurde 13mal auf seine Wirksamkeit hin untersucht, ohne daß diese nachgewiesen werden konnte. Die Gutachter bezeichnen dieses Ergebnis als überraschend, da diese Methode in psychiatrischen und allgemeinärztlichen Praxen weit verbreitet ist und auch von den Krankenkassen bezahlt wird. Vermutlich hänge dies mit seiner leichten Anwendbarkeit zusammen. Vom Standpunkt der sozialrechtlich gebotenen wirtschaftlichen Mittelverwendung sei diese Verbreitung nicht gerechtfertigt, jedenfalls nicht im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (FG 96 § 507).

Eine ernüchternde Bilanz

Legt man den Maßstab der empirisch nachgewiesenen Wirksamkeit an, dann fügt sich die unüberschaubar gewordene Vielzahl psychotherapeutischer Ansätze und Methoden in eine erstaunlich klare Rangordnung.

1. Es gibt eine Gruppe von psychotherapeutischen Ansätzen, Methoden und Techniken, die sich auf dem Psychomarkt zwar großer Beliebtheit erfreuen, für die aber jeglicher Wirksamkeitsnachweis fehlt. Zu dieser Gruppe zählen so verbreitete und gepriesene Verfahren wie die analytische Psychotherapie nach C. G. Jung, die Primärtherapie (Urschrei-Therapie) nach Janov, das Neurolinguistische Programmieren, die dynamische Familientherapie nach Stierlin und das Rebirthing. Diese Ansätze und Methoden können nicht als wissenschaftlich anerkannt betrachtet werden.

2. Es gibt Therapiemethoden, die zwar relativ gut untersucht sind, wie etwa das Autogene Training, deren Wirksamkeit durch die vorliegenden Befunde aber eher in Frage gestellt als bestätigt wird.

3. Für eine dritte, umfangreiche Gruppe therapeutischer Verfahren liegt eine gewisse Anzahl von Wirksamkeitsuntersuchungen vor; diese ist jedoch zu gering und die Ergebnisse sind zu uneindeutig, um sie zu den bewährten Verfahren mit nachgewiesener klinischer Wirksamkeit zählen zu können. Manche dieser Ansätze, wie die bioenergetische Therapie, die Daseinsanalyse, das Katathyme Bilderleben, die Individualtherapie nach Adler, Musik-, Tanz- und Kunsttherapie, befinden sich in großer Nähe zu den überhaupt noch nicht untersuchten Ansätzen der ersten Gruppe. Bei der Gestalttherapie und der systemischen Familientherapie kann die gegenwärtige Befundlage bei wohlwollender Interpretation die Hoffnung nähren, daß sie sich noch qualifizieren. Der Abstand zu den Verfahren mit zweifelsfrei nachgewiesener Wirksamkeit ist jedoch groß.

4. Schließlich gibt es eine vierte Gruppe von drei psychotherapeutischen Ansätzen, denen auf Grund einer großen Zahl kontrollierter Wirksamkeitsuntersuchungen der Status von Therapieverfahren mit zweifelsfrei nachgewiesener Wirksamkeit zugebilligt werden muß: *Verhaltenstherapie*, *Gesprächspsychotherapie* und

psychoanalytische Therapie. Es bestehen jedoch beträchtliche Unterschiede im klinischen Gewicht und in der Breite dieser Ansätze. Am besten in seiner Wirksamkeit abgesichert ist das umfangreiche Repertoire der Verhaltenstherapie. Hinter ihr steht die gesamte theoretische und empirische Auseinandersetzung der klinischen Psychologie mit psychischen und psychosomatischen Störungen und den darauf bezogenen Interventionsmöglichkeiten. Diese Auseinandersetzung findet an fast jeder Universität statt. Der psychoanalytische Ansatz wird weniger von der klinischen Psychologie, sondern im Fachbereich Psychosomatik/Psychotherapie an den medizinischen Fakultäten vertreten. Gut untersucht, um einigermaßen sichere Aussagen über die Wirksamkeit machen zu können, sind Formen psychoanalytischer Kurztherapie bis ca. 30 Sitzungen und psychoanalytische Therapien mittlerer Länge zwischen 30 und 100 Stunden. Bei psychosomatischen Störungen erwies sich psychoanalytische Therapie als bemerkenswert unwirksam. Die Wirksamkeitsnachweise für die Gesprächspsychotherapie sind überzeugend. Der Anwendungsbereich dieser Therapieform ist allerdings enger als jener der Verhaltenstherapie. Ihr kommt ein begrenzter Stellenwert in der klinischen Versorgung zu. Gesprächspsychotherapie, so die Empfehlung der Gutachter, sollte in der Ausbildung zum „Fachpsychologen für Psychotherapie“ entweder innerhalb der verhaltenstherapeutischen oder im Rahmen der psychoanalytischen Grundrichtung berücksichtigt werden.

Konsequenzen

Es besteht eine beachtliche Diskrepanz zwischen dem gegenwärtigen psychotherapeutischen Ausbildungs- und Versorgungssystem einerseits und dem, was die vorliegenden Befunde zur Wirksamkeitsforschung nahelegen, andererseits. Die Ergebnisse der Psychotherapieforschung sind nicht einmal der Fachöffentlichkeit bekannt. Persönliche Interessen und Vorlieben der Therapeuten und Therapeutinnen bestimmen weitgehend das derzeitige Psychotherapieangebot. Auch die Finanzierungspraxis der Krankenkassen im Rahmen der „Psychotherapie-Richtlinien“ steht im Widerspruch zu den Ergebnissen der Psychotherapieforschung. Gesprächspsychotherapie ist von dieser Finanzierung gänzlich ausgeschlossen; bei psychoanalytischer Therapie werden bis zu 160, in Ausnahmefällen sogar bis zu 240 Therapiesitzungen finanziert; für die Verhaltenstherapie liegt der Durchschnitt bezahlter Sitzungen jedoch bei 45, die maximale Obergrenze bei 80. Das Autogene Training wird trotz fehlender Wirksamkeitsnachweise finanziert. Die Dominanz der psychoanalytischen Therapie in der Versorgung von Patienten mit psychosomatischen Störungen wird durch die vorliegenden Ergebnisse der Wirksamkeitsforschung nicht abgedeckt. Es sei hohe Zeit, die Tatsache, daß es gravierende Transferschwierigkeiten zwischen Psychotherapieforschung und Psycho-

therapiepraxis gibt, wirklich als Problem ernst zu nehmen, und zwar als wissenschaftliches und als gesundheitspolitisches Problem (Grawe 1992, 156).

Die Behauptung, bei randständigen Symptomen sei Verhaltenstherapie indiziert, bei leichteren Neurosen Gesprächspsychotherapie, und schwere Störungen erforderten eine tiefenpsychologische Behandlung, ist nach Grawe ein Relikt aus der Dinosaurierzeit der Psychotherapie. Solche im Schuldenken verhafteten Indikationsregeln, die von stark revisionsbedürftigen theoretischen Vorstellungen über die Wirkungsweise der betreffenden Therapieformen ausgehen, sind unhaltbar. Die Annahmen darüber, wie therapeutische Wirkungen zustande kommen, bilden den Kern jedes Therapieansatzes. Sie betreffen das Handlungswissen, das in der Therapieausbildung vermittelt wird. Solche Annahmen werden von vielen therapeutischen Ansätzen immer noch als Wahrheiten oder gesichertes Wissen verkauft, obwohl sie nie einer angemessenen empirischen Überprüfung unterzogen wurden.

Welche Aspekte des psychotherapeutischen Geschehens haben sich tatsächlich für seine Wirkung als bedeutsam erwiesen? Orlinsky und Howard¹⁵ legen ein schulübergreifendes allgemeines Modell der Wirkungsweise von Psychotherapie vor. Es beruht auf der Interpretation von über 1100 signifikanten Zusammenhängen zwischen den Einflußfaktoren des Therapieprozesses und dem Therapieergebnis, die in mehreren 100 Prozeß-Outcome-Studien gefunden worden waren. Diese Autoren fassen die Vielzahl der Wirkfaktoren in sechs Gruppen zusammen: Therapievertrag, therapeutische Interventionen (interpretieren, konfrontieren, Rat geben, unterstützen), die Therapiebeziehung (Sicherheit, Echtheit, Einfühlsamkeit des Therapeuten, aufeinander abgestimmt sein), die Aufnahmebereitschaft des Patienten, die persönliche Fähigkeit des Therapeuten, sich auf den Therapieprozeß einzulassen, sowie therapeutische Realisierungen (Erzielen von Einsichten, Problemlösungen, Angstreduktion, Kontrolle problematischen Verhaltens, Abbau irrationaler Überzeugungen).

Nach dem Modell hat man sich die Wirkungsweise von Psychotherapie grundsätzlich in Form eines Musters mehrerer miteinander in funktionaler Wechselwirkung stehender Einflußfaktoren auf den Therapieprozeß vorzustellen. Deutungen, Konfrontationen, Rollenspiele und Hausaufgaben führen nicht direkt zu therapeutischen Wirkungen, sondern hängen von weiteren Einflußfaktoren ab, wie der zu diesem Zeitpunkt bestehenden Aufnahmebereitschaft des Patienten, vom Stand der Therapiebeziehung usw. Diese Einflußfaktoren bedingen sich gegenseitig. Die Annahme eines linear kausalen Zusammenhangs zwischen einzelnen Einflußfaktoren und dem Therapieergebnis haben keinen Platz in einem einigermaßen realistischen Modell der Wirkungsweise von Psychotherapie. Die neuere Prozeßforschung will die Wirkmechanismen der Psychotherapie auskundschaften. Zur Zeit steht die Entwicklung dafür geeigneter Forschungsmethoden noch im Vordergrund.

Grawe hält es für ziemlich gleichgültig, ob der theoretische Rahmen für eine Behandlung psychoanalytisch oder verhaltenstherapeutisch ist, denn es ist das tat-

sächliche Vorgehen und nicht dessen theoretische Begründung, das die Wirkung erzielt. Behandlungen, die auf die jeweilige Eigenart der Patienten speziell zugeschnitten sind, erzielen bessere Wirkungen als Behandlungsangebote, die bei ganz verschiedenen Patienten mit ganz unterschiedlichen Störungen im wesentlichen gleichbleiben. Die Psychotherapie der Zukunft kennzeichnet Flexibilität und Vielfalt im Vorgehen, allerdings auf einer einheitlichen theoretischen Grundlage.

Dem Psychotherapiesuchenden kann man nur empfehlen, sich bei der Orientierung auf dem Psychomarkt die nötige Zeit zu nehmen und sich nicht jede kritische Frage nach der Effektivität angebotener Therapiemethoden bzw. nach der Qualifikation des Therapeuten als Widerstand gegen Veränderung wegdeuten zu lassen. Psychotherapie ist keine Heilslehre. Für Sigmund Freud bestand sie darin, hysterisches Elend in gemeines menschliches Unglück zu verwandeln, denn gegen dieses kann sich der Patient besser wehren.

ANMERKUNGEN

¹ E. Giese, D. Kleiber (Hrsg.), *Das Risiko Therapie* (Weinheim 1989); dies., *Im Labyrinth der Therapie. Erfahrungsberichte* (Weinheim 1990); H. Hemminger, V. Becker, *Wenn Therapien schaden. Kritische Analyse einer psychotherapeutischen Fallgeschichte* (Reinbek 1991).

² H. J. Eysenck, *The Effects of Psychotherapy: An Evaluation*, in: *Journal of Consulting Psychology* 16 (1952) 319–324.

³ A.-E. Meyer, *Eine Taxonomie d. bisherigen Psychotherapieforschung*, in: *Zschr. f. Klin. Psych.* 19 (1990) 287–291.

⁴ M. L. Smith, G. V. Glass, T. I. Miller, *The benefits of psychotherapy* (Baltimore 1980).

⁵ W. W. Wittmann, G. Matt, *Meta-Analyse als Integration von Forschungsergebnissen am Beispiel dt. sprach. Arbeiten z. Effektivität v. Psychotherapie*, in: *Psychol. Rsch.* 37 (1986) 20–40.

⁶ L. Luborsky, B. Singer, L. Luborsky, *Comparative studies of psychotherapies: Is it true that „Everyone has won and all must have prizes“?*, in: *Arch. of Gen. Psychiatry* 32 (1975) 995–1008; W. B. Stiles, D. A. Shapiro, R. Elliot, *Are all psychotherapies equivalent?*, in: *Am. Psychologist* 41 (1986) 165–180.

⁷ K. Grawe, *Psychotherapieforschung zu Beginn d. neunziger Jahre*, in: *Psychol. Rsch.* 43 (1992) 132–162.

⁸ Vgl. K. Grawe, F. Bernauer, R. Donati, *Psychotherapien im Vergleich: Haben wirklich alle einen Preis verdient?*, in: *Zschr. f. Psychother., Psychosom. u. med. Psychol.* 40 (1990) 102–114.

⁹ Für eine ausführl. Beschreibung d. Forschungsprojekts u. d. meth. Vorgehens vgl. Anm. 8.

¹⁰ K. Grawe, R. Donati, F. Bernauer, *Psychotherapien auf d. Prüfstand. Der Ergebnisstand zur Wirkung, Indikation u. Wirkungsweise d. verschiedenen Therapieformen* (Göttingen, in Vorb.).

¹¹ A.-E. Meyer, R. Richter, K. Grawe, J.-M. Graf v. d. Schulenburg, B. Schulte, *Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes* (Hamburg-Eppendorf 1991) 75–98.

¹² Vgl. Anm. 7.

¹³ R. S. Wallerstein, *The psychotherapy research project of the Menninger Foundation: An overview*, in: *Journ. of Consulting and Clinical Psychology* 57 (1989) 195–205.

¹⁴ E.-E. Meyer, *The Hamburg Short Psychotherapy Comparison Experiment*, in: *Psychotherapy and Psychosomatics* 35 (1981) 81–207.

¹⁵ D. E. Orlinsky, K. I. Howard, *Process and Outcome in Psychotherapy*, in: S. L. Garfield, A. E. Bergin (Hrsg.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (New York 1986) 311–381.