

Originalia

Sind Längere Psychotherapien effektiver als kurze?

Eine Untersuchung aus den USA stellte psychotherapeutische Gewißheiten in Frage

In: Report Psychologie, Heft 5-6 1998, S. 464-472

Gerald Mackenthun

Welche Psychotherapie ist die effektivste? Die Auseinandersetzungen darüber halten an, seitdem das Team um den Berner Psychotherapieforscher Klaus Grawe die Ergebnisse seiner Metaanalyse vorgelegt hat. Eine 1994 in den USA durchgeführte Befragung von Psychotherapie-Klienten verspricht, die Fronten erneut durcheinander zu wirbeln. Es deutet sich an, daß keine Psychotherapierichtung einen entscheidenden Vorteil vor anderen hat, daß längere Psychotherapien effektiver sind als kurze und daß Hausärzte bei der Behandlung seelischer Leiden letztlich doch nicht so gut abschneiden wie professionelle Psychotherapeuten. In diesem Beitrag werden die teilweise überraschenden Ergebnisse aus den USA vorgestellt und mögliche Konsequenzen für das deutsche Gesundheitssystem angedeutet.

Die aktuelle berufspolitische Auseinandersetzung, in welcher es um die Effektivität der verschiedenen Psychotherapieschulen geht, wurde von dem Berner Psychotherapieforscher Klaus Grawe ausgelöst. Seine Arbeitsgruppe hatte ab 1993 nach zehnjähriger Arbeit eine umfassende Auswertung aller verfügbaren Untersuchungen zur Wirksamkeit vorgelegt (Grawe u.a. 1994). Die Sprengkraft dieser Metaanalyse liegt darin, daß mit Ausnahme der Verhaltenstherapie alle anderen Formen von Psychotherapie mehr oder weniger schlecht abschneiden. Vordem war man davon ausgegangen, daß es bei einem Vergleich keine Verlierer gibt, weil jede Form ihre spezifischen Vorzüge hat. Damit räumte die Grawe-Studie auf, nun entpuppte sich die Verhaltenstherapie als Sieger. Problematisch seien namentlich psychoanalytische Verfahren mit mehr als 100 Stunden Dauer.

Eine Befragung des US-amerikanischen „Consumer Reports“ (CR), eine Verbraucherzeitschrift mit etwa 180 000 Lesern, erschüttert nun wiederum die Grawe-Forschung. Die CR-Studie von 1994, veröffentlicht im Novemberheft 1995, wollte wissen, wie die Therapien bei den Patienten selbst ankommen. Mit 2.900 ausgewerteten Fragebögen scheint die CR-Erhebung eine der größten Studien zur Effektivität von Psychotherapie zu sein, die es je gab.

Die CR-Befrager stellen im wesentlichen fest, daß Langzeittherapien bessere Ergebnisse erzielen als kurze, daß Praktische Ärzte (Hausärzte) in bemerkenswertem Umfang bei der Behandlung psychischer Störungen versagen und daß keine Psychotherapieform einer anderen vorzuziehen sei. Die Ergebnisse bestätigen im großen und ganzen die nie zum Verstummen zu bringende Skepsis von psychologischen Psychotherapeuten gegenüber der psychologischen Kompetenz von niedergelassenen Hausärzten, die nach Vorstellung der (deutschen) Kassenärztlichen Vereinigungen den Lotsen im

Gesundheitswesen spielen sollen. Dazu später mehr. Die CR-Studie gibt ferner jenen Argumente an die Hand, die schon immer ein Unbehagen gegenüber der zunehmenden Reglementierung und Behinderung beim Zugang zu Psychotherapeuten und in der Therapie selbst verspüren. Mit administrativen Zeitbeschränkungen und dem Delegationsprinzip verbauen sich die Kassen offenbar selbst den Weg zu einer effektiven Psychotherapie. Das Psychotherapeutengesetz wird allerdings einige wesentliche Änderungen bringen.

Ergebnisse der Consumer Reports Studie

Consumer Reports fragte 1994 nach Psychotherapie in einem Teil ihres Jahresfragebogen. Er enthielt 100 Fragen über Automobile und seelische Gesundheit. Der Teil über seelische Gesundheit sollte ausgefüllt werden, wenn „in den vergangene drei Jahren Stress oder ein anderes emotionales Problem auftrat und deswegen Hilfe gesucht wurde bei einem der folgenden Personengruppen: Freunde, Verwandte, Priester, professionelle Psychotherapeuten, Hausarzt oder Selbsthilfegruppe“. Der psychotherapeutische Teil hat 69 Fragen. Im Kern wollte CR wissen, 1.) „wie stark die Therapie half“ (von „machte die Lage deutlich besser“ bis „machte die Lage deutlich schlechter“); 2.) die Zufriedenheit mit dem Therapeuten; 3.) die allgemeine emotionale Entwicklung (Produktivität, Umgang mit Stress, Lebensfreude, inneres Wachstum und Selbsterkenntnis, Selbstbild und Zufriedenheit sowie Stimmungsaufhellung) vor und nach der Therapie. Die drei Untergruppen wurden je in einer 0 bis 100-Skala gewichtet und die Effektivität in einer 300-Punkte-Skala zusammengefaßt.¹

Insgesamt 22.000 Leser füllten den Fragebogen aus, davon gingen ungefähr 7.100 auf die Gesundheitsfragen ein. Von diesen 7.100 sprachen 3.000 mit Nichtprofessionellen und 4.100 gaben an, mehrere angesprochen zu haben, die sowohl aus der Professionellen- als auch Nichtprofessionellen-Gruppe kamen. Von diesen 4.100 konsultierten 2.900 ausschließlich einen professionellen Helfer: 37 % konsultierten einen Psychologen, 22 % einen Psychiater, 14 % einen Sozialarbeiter, 9 % einen Eheberater und 18 % andere. Zusätzlich besuchten 1.300 Selbsthilfegruppen und 1.000 konsultierten (auch) ihren Hausarzt (Hutterer 1996, S. 2). Die Antworter waren durchwegs gut ausgebildete Mittelklasse, das Durchschnittsalter betrug 46 Jahre.

Auf die Repräsentativität der Befragung wird kaum eingegangen. Wegen der großen Anzahl verteilter Fragebögen vermuten die (nicht namentlich genannten) Autoren, die Studie sei nicht repräsentativ für die USA als ganzes, aber vermutlich für die gut ausgebildete Mittelklasse, die die Hauptgruppe der Psychotherapieklienten stellt.

¹ Spezifische Verbesserung (Frage 28 des CR-Fragebogens): Inwieweit half die Behandlung bei den Problemen, wegen derer man in die Therapie kam. Die sechsteilige Antwortskala wurde in eine 0-100 Punkteskala transformiert, mit „made things a lot better“ gleich 100; „somewhat better“ gleich 80 usw.

- Zufriedenheit mit dem Therapeuten (Frage 29): Die sechsteilige Antwortskala wurde wie oben in eine 0-100 Punkteskala umgewandelt.

- Allgemeine Verbesserung nach der Therapie (Frage 63) im Vergleich zu vor der Therapie (Frage 7): Eine ähnliche Transformation wurde vorgenommen, indem die Antworten miteinander verglichen wurden. Eine Person, die sich von „very poor“ zu „very good“ entwickelte, bekam 100 Punkte, und eine von „very good“ zu „very poor“ null Punkte.

Die im Novemberheft 1995 von „Consumer Reports“ veröffentlichten Ergebnisse beziehen sich offenbar nur auf die 2.900 Antwortter, die professionelle Hilfe in Anspruch nahmen. (Aus dem mir vorliegenden Material geht nicht hervor, warum der Rest nicht ausgewertet wurde.) 43 Prozent von diesen 2.900 hatten „sehr große“ oder „große“ Probleme, mit dem Alltagsleben fertig zu werden. Sie suchten wegen Depressionen, Ängstlichkeit, Panik und Phobien Hilfe. Andere nannten Probleme mit ihren Kindern, Probleme im Beruf, Streß, Alkohol oder Drogen als Hauptgrund für das Aufsuchen eines Spezialisten. Eine prozentuale Verteilung wird nicht mitgeteilt.

Ich möchte zunächst die wesentlichen Ergebnisse zusammenfassen - es gab eine Reihe von Überraschungen - und daran einige Überlegungen zur kassenfinanzierten Psychotherapie anschließen:

1.) Die Therapie durch einen professionellen Psychotherapeuten hilft gewöhnlich. Von den 426 Befragten, die ankreuzten, ihnen ging es zu Beginn der Therapie „sehr schlecht“, sagten 44 Prozent, sie seien vollkommen geheilt, weitere 43 Prozent fühlten sich deutlich besser. Die meisten (90 Prozent) sagten, Therapie helfe stark oder doch in einer gewissen Weise. Patienten, denen es am schlechtesten ging, profitierten am meisten von der Therapie.

2.) Die Befragung ergab, daß längere Psychotherapie und bessere Ergebnisse zusammenhängen. Jene, die länger als sechs Monate in Therapie waren, hatten mehr von der Therapie als jene, die sie früher verließen (aus welchen Gründen auch immer). Von jenen, die sechs Monate oder weniger therapiert wurden, waren 33 Prozent sehr zufrieden mit dem Ergebnis, während es 50 Prozent in der Gruppe war, die länger als sechs Monate beim Therapeuten blieben. Auch eine Ein-Jahres-Therapie lohnte sich. Und Befragte, die mehr als zwei Jahre in einer Therapie blieben, berichteten von den besten Ergebnissen. In der Statistik Seligmans (1995, S. 968; Angabe zu den Anonymen Alkoholikern S. 969):

Tabelle 1:

Zeitdauer	Improvement Score (max. 300)
1 Monat	201
1-2 Monate	207
3-6 Monate	217
7-11 Monate	224
1-2 Jahre	226
Über 2 Jahre	241
Anonyme Alkoholiker	251

Der „dosisabhängige“ Zusammenhang gilt für Psychotherapie allein ebenso wie für Psychotherapie plus Medikation.

3.) Psychotherapie allein ist ebenso wie Psychotherapie plus Medikation wirksam, egal, welche Störung vorlag. In der CR-Befragung bekamen 40 Prozent ein Medikament. 60 Prozent dieser Untergruppe sagten, die Arzneien halfen eine Menge. Aber viele CR-Befragten sagten auch, sie seien

gut mit Psychotherapie allein ausgekommen. Fast 50 Prozent der Arzneieinnehmer sagten, sie hätten unerwünschte Nebenwirkungen gehabt, vor allem Niedergeschlagenheit und ein Gefühl der Desorientierung. (Über Nebenwirkungen von Psychotherapie wird nichts berichtet.)

4.) In der Einschätzung der Patienten schneiden Psychiater, Psychologen und Sozialarbeiter besser ab als Eheberater. Das mag daran liegen, daß sich in den USA jeder als Eheberater bezeichnen kann, da die Bezeichnung nicht geschützt ist. Die Daten legen nahe, daß die meisten mit „richtigen“ Therapeuten besser fahren. In der 300er-Skala ausgedrückt (Seligman 1995, S. 968, rechte Spalte):

Tabelle 2:

Typ	Improvement Score
Psychotherapeut	220
Psychiater	226
Sozialarbeiter	225
Eheberater	208
(Eheberater signifikant schlechter als die anderen drei)	

5.) Hausärzte arbeiteten in der Kurzzeittherapie ebenso effizient wie andere oben genannte Professionelle, aber nicht mehr in der Langzeittherapie. Im Vergleich mit dem eben erwähnten 2. Punkt ergibt sich ein Improvement Score von Hausärzten von 213 in Therapien bis sechs Monate und 212 in Behandlungen länger als sechs Monate, hingegen eine durchschnittliche Steigerung bei den anderen Professionellen von 211 auf 232 (Unterschied Kurzzeit zu Langzeit).

6.) Besonders gut taten die Anonymen Alkoholiker (AAs); sie erreichten einen Verbesserungswert von 251 (siehe Tabelle 1) und lagen damit signifikant besser als die professionellen Helfer. Das liegt vielleicht daran, daß Teilnehmer in den ersten 90 Tagen 90 mal die Gruppe besuchen, danach wöchentlich, also eine wesentlich intensivere Therapie genossen.

7.) Jene, die aktiv nach Hilfe und einen Therapeuten suchten, profitierten mehr von der Therapie.

8.) Keine spezifische Therapieform arbeitete effektiver als andere, unabhängig vom Ausgangsproblem. „Das ist ein schwerer Schock für Effektivitätsforscher, da das Hauptthema der Effektivitätsstudien der Nachweis der Nützlichkeit spezifischer Techniken für spezifische Störungen war.“ (Seligman 1995, S. 969, linke Spalte).

9.) Die Effektivität der Therapie sinkt, wenn die Krankenkassen die Dauer der Therapie begrenzen: 212 bei Zeitbegrenzung; 224 ohne Zeitbegrenzung (d.h. Therapieabbruch beim Verschwinden der Symptome oder nach dem Willen des Patienten).

10.) Die CR-Studie fragte neben dem Leitsymptom nach Selbstaussagen zur Arbeitsproduktivität, zu zwischenmenschlichen Beziehungen, Wohlbefinden, innerem Wachstum und Selbstbeobachtung. Die Verbesserung beim Leitsymptom (präsentiertem Symptom; Symptom, weshalb man den

Helfer aufsuchte) in Abhängigkeit vom professionellen Helfer und der Therapiedauer zeigt folgende Tabelle (Seligman 1995, S. 970, linke Spalte):

Tabelle 3:

Helfer	Bis 6 Monate	Über 6 Monate
Psychiater	32	52
Psychologe	31	46
Sozialarbeiter	35	44
Eheberater	22	37
Hausarzt	32	36
(n = 2.738)		

Das gleiche, diesmal für Arbeitsproduktivität und soziale Kompetenz, die nicht unbedingt im Mittelpunkt der Behandlung standen (Seligman 1995, S. 970, rechte Spalte):

Tabelle 4:

Helfer	Bis 6 Monate	Über 6 Monate
Psychiater	18	32
Psychologe	16	28
Sozialarbeiter	15	30
Eheberater	9	16
Hausarzt	18	21
(n = 2.738)		

Der Arzt als Behandler psychischer Probleme

Dem Hausarzt als Behandler psychischer Probleme soll ein eigenes Kapitel gewidmet werden, weil die Ergebnisse der CR-Studie dazu viele Urteile und Vorurteile psychologischer Psychotherapeuten gegenüber Ärzten zu bestätigen scheint.

Etwa 1.000 der ausgewerteten Antworter besuchten auch oder ausschließlich einen Hausarzt; jene, die sich mit ihren psychischen Problemen ausschließlich an einen Haus- oder einen praktischen Arzt wandten, machen 14 Prozent der Personen, die in der Studie erfaßt wurden, aus. Sie waren im Durchschnitt weniger psychisch belastet als jene, die einen psychologischen Spezialisten aufsuchten. Die Behandlung war kurz (weniger als zwei Monate). 83 Prozent dieser 14-Prozent-Gruppe erhielt ein psychowirksames Medikament! Bei den psychologischen Spezialisten waren es 20 Prozent, die ein Medikament verschreiben. In fast der Hälfte der Fälle wurden vom Hausarzt die Medikamente ohne ein Gespräch verschrieben (Hutterer 1996, S. 4).

Die Verbesserungen, die Hausärzte erreichten, waren kurzfristig gleich gut wie die der Psychotherapeuten, nicht jedoch mittel- oder langfristig. In der Regel halfen die Ärzte ihren Patienten wieder auf die Beine, aber die Langzeitbehandlung war effektiver. Während 50 Prozent der Behan-

delten sehr zufrieden mit dem Arzt waren, waren es 62 Prozent der von Psychotherapeuten Behandelten - obwohl die Arzt-Besucher von vorn herein weniger Probleme hatten als die Psychotherapeuten-Besucher.

Nur zu einem Viertel überwiesen Ärzte die Patienten mit psychischen Problemen an psychotherapeutische Spezialisten. Nur die Hälfte der Patienten, die mit schweren Problemen in eine Arztpraxis kamen, wurde zum Spezialisten weitergeschickt. 60 Prozent der Patienten mit Panikattacken oder Phobien wurden nicht überwiesen. Die Ärzte fehldiagnostizierten 50 bis 80 Prozent der psychischen Probleme (Hutterer 1996, S. 4)

Es gab eine bedeutende Anzahl von Klagen über die Haus- und Praktischen Ärzte. Eine gewichtige Minderheit der Befragten meinte, Ärzte hätten keine Zeit oder keine Lust, sich emotionalen Problemen zuzuwenden. 22 Prozent der Antworter gaben an, daß ihr Arzt keine emotionale Unterstützung angeboten habe; 15 Prozent sagten, ihr Arzt scheine sich bei der Besprechung emotionaler Probleme unwohl gefühlt zu haben; 18 Prozent gaben an, ihr Arzt sei zu beschäftigt gewesen, um Zeit zum Reden zu haben. (Seligman 1995, S. 972)

Insgesamt erwiesen sich die Ärzte bei der Behandlung psychischer und emotionaler Störungen den professionellen Psychotherapeuten unterlegen. Robert Hutterer von der Universität Wien, der - meines Wissens als erster - die CR-Studie im deutschsprachigen Raum bekannt machte, schreibt: „Als erste Anlaufstelle für Beschwerden jeglicher Art (auch psychischer Probleme) ist der Praktische Arzt oft überfordert, sowohl was die Behandlung psychischer Störungen anbelangt, aber auch was die Diagnose und Überweisung angeht.“ (Hutterer 1996, S. 5)

Diskussion des Studiendesigns

Martin Seligman, früherer Direktor für Klinische psychologische Forschung der University of Pennsylvania und zuletzt Präsident der Abteilung für Klinische Psychologie der American Psychological Association, beriet CR bei diesem Projekt. (Seligman wurde bekannt durch sein Konzept der „erlernten Hilflosigkeit“, 1979.) Im Dezember 1995 veröffentlichte er in der Zeitschrift „American Psychologist“ eine wissenschaftliche Darstellung der Befragung. (Der Artikel in CR war sehr populär gehalten.) Seligman verteidigt darin die Vorgehensweise von CR und diskutiert diese Patientenbefragung in Abgrenzung von den kontrollierten Studien in Kliniken.

Die empirisch validierten Studien seien nicht zu verachten, schreibt er, aber nicht immer seien sie ausreichend, um Aussagen über Psychotherapie-Effektivität zu machen. Für Effektivitätsstudien beispielsweise einer Langzeittherapie werden Kontrollgruppen gebraucht, die über mehrere Jahre nicht behandelt werden, und es wird mit verschiedenen abgegrenzten Behandlungsstrategien und entsprechende Gruppen gearbeitet, die behandelt und verglichen werden. Die technischen und wissenschaftlichen Probleme einer solchen Vorgehensweise liegen auf der Hand, ganz abgesehen von den Kosten.

Weitere Argumente gegen herkömmliche Effektivitätsstudien sind:

1. Psychotherapie hat (wie jede andere Behandlung) keine vorherbestimmte Dauer. Sie dauert so lange, bis sie Erfolg hat oder der Patient sie (aus welchen Gründen auch immer) beendet. Im

Gegensatz dazu wird für eine kontrollierte Studie die Therapiestundenzahl vorher festgelegt.

2. Psychotherapie ist (wieder wie jede andere Krankheitsbehandlung) selbstkorrigierend. Wenn eine veränderte Vorgehensweise wirksamer zu sein verspricht, wird die Methode gewechselt. Kontrollierte Studie hingegen untersuchten definierte Arbeitsweisen mit einer begrenzten Anzahl von Techniken.

3. Psychotherapiepatienten suchen sich ihre Behandler aus (das ist in Deutschland nicht so sehr der Fall). In kontrollierten Studien werden Patienten ausgewählt und Behandlern zugeordnet.

4. Psychotherapiepatienten haben meist mehrere Probleme, die nicht scharf voneinander abgrenzbar sind. In Studien werden Menschen mit definierten Krankheitsbildern und möglichst eindeutiger Symptomatik ausgewählt.

5. Der Gesundheitsfortschritt in einer Psychotherapie ist diffus und erstreckt sich meist über fast alle Lebensbereiche. In kontrollierten Studien hingegen wird der Rückgang des definierten Symptoms gemessen.

Der Vorteil der CR-Studie liegt im Gegensatz dazu hauptsächlich darin, daß sie Psychotherapie mißt, wie sie wirklich stattfindet. „Unsere Untersuchung ist ein Blick in das wirkliche Leben“, meinen die CR-Autoren. Seligman argumentiert:

a) Die in der Feldstudie erhobene Psychotherapie hat keine feste Dauer. Die Therapie wird beendet, wenn der Erfolg eingetreten ist oder der Patient es wünscht (21 % gaben die von ihnen selbst zu tragenden Kosten als Grund für einen Therapieabbruch an), jedoch nicht durchgängig durch eine von vorn herein festgelegte Zeitgrenze.

b) Die Behandlungsmethode im Feld ist selbstregulierend und selbstanpassend. Übliche Studien messen den Effekt eines bestimmten, schulenmäßigen Vorgehens.

c) Die Auswahl der Psychotherapeuten erfolgte selbst, Patienten und Behandler wurden nicht zugewiesen.

d) Im Feld herrschen immer multiple und diffuse Probleme, nicht ein streng definiertes Krankheitsbild.

Da die CR-Befragung keine kontrollierte Studie ist, hat sie natürlich auch einige Schwächen. Seligman geht darauf in seinem Bericht ausführlich ein:

a) Es ist nicht auszuschließen, daß nur jene antworteten, die ohnehin davon überzeugt sind, daß Psychotherapie hilft. Die Skeptiker haben sich möglicherweise überproportional weniger beteiligt. Jene, die ihre Probleme leugnen, werden sich überhaupt nicht gemeldet haben.

b) Es gibt keine Kontrollgruppe. Von den 7.000 Lesern, die die Gesundheitsfragen beantworteten, hatten ungefähr 3.000 nur mit Freunden, Verwandten oder einem Priester gesprochen. Diese Gruppe wurde offenbar nicht ausgewertet und mit jener verglichen, die professionelle Helfer aufsuchte. Die Studie kann keine Aussagen darüber machen, ob das sich Aussprechen mit einem guten Freund oder einfaches Abwarten nicht auch ebenso gute Ergebnisse gezeitigt hätten wie die professionelle Hilfe. Die Hausärzte, die etwas schlecht abschneiden, würden vielleicht besser dastehen, wenn sie ihre Patienten so häufig sehen würden wie Psychologen oder Psychiater, nämlich ein- bis zweimal die Woche.

c) Die Aussagen der Rücksender konnten nicht verifiziert werden, beispielsweise die Angaben über die Leistungen ihrer Krankenversicherung. Die Hauptsache der Studie betrifft aber die Aussagen zur emotionalen Situation. Diese Aussagen sind immer subjektiv, auch in kontrollierten Studien. Und natürlich machen auch professionelle Beobachter (Interviewer) Fehler.

d) Die Fragen und Antworten-Vorgaben waren bewußt vage gehalten. Es wurde gefragt „Wie stark half Ihnen die Therapie bei den Symptomen derentwegen sie die Therapie aufsuchten?“, und nicht „Wie oft haben sie in den vergangenen drei Wochen geweint?“ Die Normierung der Ergebnisse ist ebenso unscharf: „sehr schlecht“, „schlecht“, „so lala“ etc. Ob sich auch jene, die sich gut fühlen, beispielsweise mit Hilfe eines ausgefeilten Persönlichkeitstest nicht doch als „depressiv“ herausstellen würden, muß offen bleiben. Solche Tests sind allerdings deutlich aufwendiger.

e) Die Rückschau auf den eigenen emotionalen Status kann als bedenklich, weil auf unsicheren Erinnerungen beruhend, angesehen werden (im Vergleich zu einer prospektiven Studie).

f) Es ist nicht auszuschließen, daß das außerordentlich gute Abschneiden der Anonymen Alkoholiker auf einem überzufällig hohen Rücklauf positiver Bewertungen beruht.

Seligman kommt in seinem Kommentar gleichwohl zu dem Schluß, daß die CR-Studie ernst zu nehmen sei (1995, S.974): Sie ist groß angelegt, sie filtert jene heraus, die Therapie suchten, sie mißt die seelische und soziale Verbesserung (improvement) durch professionelle Hilfe, sie ist statistisch stringent und erbrachte klinisch relevante Ergebnisse. Sicher ist, daß Therapie die Leute in die Normalität zurückführt (bzw. in eine tolerable Abweichung vom Durchschnitt). Mit einem klaren Ja kann die Frage beantwortet werden: „Haben Menschen nach einer Psychotherapie weniger Symptome und ein besseres Leben als davor?“ Nicht zuletzt ist die Studie sehr kosteneffektiv. Sie ist eine echte Ergänzung zum bestehenden Wissen über Psychotherapiewirkung und zeigt einen gangbaren Weg, mehr herauszufinden.

Rezeption im deutschsprachigen Raum (Hutterer)

Laut CR-Studie stellt sich keine Psychotherapiemethode als wirksamer heraus als andere, sieht man von dem etwas schlechteren Abschneiden der Eheberater und den Klagen über mangelnde Kompetenz der Ärzte ab. Damit wird die Grawe-Forschung (Grawe u.a. 1994) teilweise wieder in Frage gestellt. Hutterer, der sich in einem Artikel in „Psychotherapie Forum“ (Supplement Vol.4, No.1, 1996) mit der Studie beschäftigt, stellt heraus, daß längere Therapien wirksamer sind, wirksame Psychotherapien über Symptomreduktion hinausgehen und qualifizierte Psychotherapeuten im Behandlungserfolg den Eheberatern und Praktischen Ärzten überlegen sind. Zweck und Ergebnis der CR-Studie rechtfertigen nicht, innerhalb der psychotherapeutischen Behandlungsmethoden eine der anderen vorzuziehen. Hutterer schreibt:

„Darüber hinaus ergab sich bei längeren Therapien eine komplexe Besserung, die als Schutz gegenüber Wiedererkrankung interpretiert werden kann. Bemerkenswert ist ferner das Ergebnis, daß Patienten, deren Versicherung u.a. die Dauer der psychotherapeutischen Behandlung begrenzte, geringere Besserungswerte zeigten als Patienten ohne Begrenzung. Der Consumer Reports trifft daher die Feststellung, daß 'die begrenzte Deckung der Psychotherapie durch Krankenkassen und der

neue Trend in der Krankenbehandlung - die Schwerpunktverlagerung zu den Kurztherapien - irreführend sein mag' (Consumer Reports, 734).“ (Hutterer 1996, S. 4)

Die meisten Psycho-Patienten in den USA erhalten eine Kurzzeit-Therapie, die vier bis acht Sitzungen umfaßt. In kontrollierten Studien geht die Behandlung in der Regel über 12 bis 20 Sitzungen. Erfahrungen mit längerfristigen Therapien werden so nicht erworben.

Hutterer fährt fort: „Die Ergebnisse zeigen, daß nicht nur die Anlaßsymptome bei längerer Therapiedauer sich deutlicher reduzieren als bei kürzeren, sondern auch andere, komplexe Änderungen der allgemeinen psychischen Funktionsfähigkeit deutlich stärker ausprägen - etwa die soziale Beziehungsfähigkeit, Arbeitsproduktivität, Umgang mit Alltagsstreß, Lebensfreude, Selbstwert und Selbstvertrauen und die Linderung von Niedergeschlagenheit. Diese Faktoren stehen je nach Grundstörung in komplexen Wechselwirkungen mit abgrenzbaren Symptomen. Besserung in diesen Bereich stellen einen qualitativen Sprung im Leben der Betroffenen dar, da sie zu einer Eigendynamik in Richtung höherer 'psychischer Lebensqualität' führen, die der beste Schutz vor Rückfällen und Wiedererkrankung ist. Eine verkürzte Kosten-Nutzen-Argumentation mit demagogischen Überschriften wie 'Lebensfreude auf Krankenschein' mißverstet nicht nur die Komplexität psychischer Erkrankungen, sondern übersieht die möglichen Folgekosten einer bloßen Symptomreduktion, die bei wiederholten Rückfällen ... entstehen. Auch hier scheint die Selbstregulierung der standardisierten - und damit dem individuellen Patienten nicht gerecht werdenden - Begrenzungen der Therapiedauer oder Sitzungsfrequenz überlegen.“ (Hutterer 1996, S. 5)

Äußere Einschränkungen sind in der Situation psychischer Beeinträchtigungen offenbar höchst wirksame Motivationskiller. Bürokratische Hürden bei der Suche nach einem Psychotherapeuten, wie sie mit dem Verbot des „automatischen“ Erstattungsverfahrens von TK, BKK und IKK durch das Landessozialgericht Essen erhöht wurden, dämpfen meines Erachtens die Motivation zur Therapie.

Für die Zuweisung zu Behandlern (Delegationsverfahren) gilt ähnliches. Die amerikanische Studie belegt, daß „active shoppers“, die sich ihre Therapeuten auswählen, höhere Besserungswerte als passive Klienten haben. Das könnte ein Argument für eine - gemäßigte - Zuzahlung bei der Psychotherapie sein, die die SPD-Bundestagsfraktion bekanntlich strikt ablehnt. Bei den von Politik und Kassen vorgenommenen und weiteren geplanten Einschränkungen hinsichtlich der Therapeutenwahl, der Dauer und der Frequenz wird der Patient von vorn herein von der wirksamsten und für ihn besten Therapie abgeschnitten. Die Krankenkassen sollten sich fragen, ob das in ihrem Interesse ist. Im Sinne der Patienten ist es ganz gewiß nicht.

Es böte sich an, eine gleiche retrospektive Befragung in Deutschland durchzuführen (durch Stiftung Warentest Berlin?), einerseits um Aussagen über die Psychotherapieeffektivität in Deutschland zu erhalten, andererseits um einen Vergleich mit den USA zu ermöglichen.

Zusammenfassung

Eine 1995 veröffentlichte Studie der amerikanischen Consumers Union, die 1996 im deutschsprachigen Raum durch Hutterer (Wien) vorgestellt wurde, bietet starke Argumente für folgende Thesen:

Professionelle psychotherapeutische Hilfe ist wirksam, unabhängig von der angewandten Methode; Langzeittherapie ist wirksamer als Kurzzeittherapie; Hausärzte wirken hilfreich bei psychischen Problemen, schneiden aber gegenüber langdauernder psychotherapeutischer Hilfe schlechter ab. Der Vorteil der rückschauenden Befragung von Psychotherapieklienten liegt darin, daß sie Psychotherapie abbildet, wie sie im „wirklichen Leben“ stattfindet, im Vergleich zu konstruierten klinischen empirischen Studien. Die US-Studie ist ein wichtiger Beitrag zur Frage der Effektivität professioneller psychologischer Unterstützung.

Literatur:

Consumer Reports (1995). Mental Health, Does Therapy help? Part 1: Nature of Survey; Therapy; Caregivers; Alcoholics Anonymous; Drugs. Part 2: Types of Therapies und Therapists; Depression; Anxiety; Panic; Phobias; Mental-Health Insurance; Consumer Reports Recommendations. Consumer Reports, 11, 734-739.

Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.

Hutterer, R. (1996). Die Consumer Reports Studie: Längere Psychotherapien sind effektiver! Psychotherapie Forum Supplement, 4/1, 2-6.

Seligman, M. (1979). Erlernte Hilflosigkeit. München: Urban & Schwarzenberg.

Seligman, M. (1995). The Effectiveness of Psychotherapy - The Consumer Reports Study. American Psychologist, 50/12, 965-974.

Dr. Gerald Mackenthun, Dipl.Pol.,Dipl.Psych., Jahrgang 1950, Wissenschaftsredakteur der Deutschen Presseagentur, Klinischer Psychologe BDP. Anschrift: Eberbacher Str. 4, 14197 Berlin-Wilmersdorf.