



ABARIS Angstambulanz
Department of Psychology
The Coaching Institute LLC
Cambridge
Massachusetts 02142
United States of America

Online-Quelle: <https://coaching-institute.net/angstambulanz/>

ABARIS in Presse und Medien

Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis

1994, Band 26, Heft 2, Seite 231-241

Heilkunst ohne Gebetbuch — Empirische Psychologische Therapie

Buchbesprechung

Klaus Grawe, Ruth Donati & Friederike Bernauer: Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe-Verlag, 1994. XIV und 886 S.

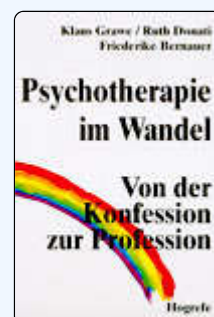
Von Dietmar Luchmann

Das in einer "*grossen gemeinsamen Forschungsanstrengung*" an der Universität Bern geschaffene und im Jahr 1994 erschienene Standardwerk der Psychotherapie-Wirkungsforschung mit dem Titel



"Psychotherapie im Wandel"

wühlte mit seinen Ergebnissen den Psychotherapiemarkt auf und belegte: Die Kognitive Verhaltenstherapie ist in ihrer Wirksamkeit allen anderen Therapiemethoden und insbesondere der Psychoanalyse ganz klar überlegen. Die Re-



zension des Psychotherapeuten Dietmar Luchmann erschien mit dem Titel "**Heilkunst ohne Gebetbuch – Empirische Psychologische Therapie**" in der DGVT-Zeitschrift "Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis", 1994, Band 26, Heft 2, Seite 231-241.

Was muß das für ein Buch über Psychotherapie sein, das bereits lange vor seiner Veröffentlichung eine "Flut empörter Reaktionen in Form von Zeitungsartikeln, Leserbriefen und Zuschriften auf Vorveröffentlichungen von Teilergebnissen" (so die Autoren auf S. 694) auslöst? Eine neue psychotherapeutische Heilslehre, ein schräger Schrei im Psychomarkt, eine weitere okkulte Psychotheorie? Nichts von alledem!

Grawe und Mitarbeiter haben in über 13jähriger harter Detail-Arbeit eine einzigartige Kosten-Nutzen-Analyse der verschiedenen Therapieverfahren vorgelegt. Ihre Untersuchung bezog alle wesentlichen bekannten Therapiemethoden ein und erstreckt sich von 10 humanistischen Therapieformen (z.B. Psychodrama, Gestalttherapie, Gesprächspsychotherapie) über 9 psychodynamische Therapien (z.B. Langzeitanalyse, psychoanalytische Kurztherapie, Katathymes Bilderleben) bis zu den interpersonalen Therapien (3 Methoden), Entspannungsverfahren (4 Methoden), eklektischen und 14 kognitiv-behavioralen Therapien.

Der über 800 Seiten umfassende Band bringt in bester wissenschaftlicher Akribie eine überwältigende Fülle von Belegen über die Pervertierung der psychotherapeutischen Gesundheitsversorgung in Deutschland wie sie erschreckender kaum sein kann: "Der die Gemeinschaft am teuersten zu stehen kommende Umgang mit psychischen Störungen ist der gegenwärtige. Die Nicht-Nutzung der besten bestehenden Behandlungsmöglichkeiten führt zu den größten Kosten, nicht deren Nutzung" (S. 681). Folgerichtig geben sich die Autoren "nicht der Illusion hin, dass die meisten Psychotherapeuten begierig darauf sind, etwas über die tatsächliche Wirkung der verschiedenen Therapieverfahren zu erfahren" (S. 694), nicht jedoch ohne festzustellen: "Ein Gesundheitssystem, in dem das Wohl der Patienten nur noch als Vorwand für das Verfolgen finanzieller Interessen dient, wird seine grundlegende Reformbedürftigkeit allerdings nicht mehr lange bemänteln können" (S. 16).

Ohne Zweifel ist dies die umfangreichste, methodisch gewissenhafteste und wissenschaftlich akribischste Psychotherapievergleichsstudie, die dem deutschsprachigen Leser die Ergebnisse der gesamten internationalen Wirkungsforschung im Bereich Psychotherapie verfügbar macht. Daß dieses Buch zugleich ein politisches ist, folgt weniger aus dem Umstand, daß der Erstautor auch einer der von der Bundesregierung beauftragten Gutachter zur Frage eines Psychotherapeutengesetzes ist, sondern aus den meßbaren Daten und verifizierbaren Fakten, die dieses Handbuch psychotherapeutischer Effizienz mit gnadenloser Deutlichkeit offenlegt: Insgesamt 16 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler haben im Verlaufe von mehr als einem Dutzend Jahren "über dreieinhalbtausend Therapiestudien sichten müssen, in denen die Wirkung einer psychologischen Behandlungsmethode in einem kontrollierten Versuchsplan geprüft wurde" (S. 30). Von diesen auf über 300 wissenschaftliche Zeitschriften verteilten Studien wurden von Grawe und Mitarbeitern "nach methodischer Güte und klinischer Relevanz dann 897 Studien, die sich direkt auf den Kernbereich der Psychotherapie beziehen, mit großer Sorgfalt und Detailliertheit ausgewertet und die

Ergebnisse nach einzelnen Therapiemethoden zusammengestellt" (S. 31). Ein besonderes Merkmal dieser "grossen gemeinsamen Forschungsanstrengung" an der Universität Bern besteht darin, daß die Autoren "den Anspruch hatten, alle je durchgeführten kontrollierten Psychotherapiestudien vollständig zu berücksichtigen" (S. 31).

Es ist unmöglich, die Fülle an Daten, Material und Erkenntnissen auch nur anzudeuten, die Grawe u.a. zusammengetragen und ausgewertet haben. Die nachfolgenden Betrachtungen aus der Studie und den direkten Wirkungsvergleichen verschiedener Therapieformen können daher nur eine wärmstens ausgesprochene Einladung zum Nach- und Weiterlesen und keinesfalls eine Zusammenfassung sein. Angenehm ist die übersichtliche Strukturierung des zusammengetragenen Materials, der gezogenen Problembereiche und die klare Diskussion der Ergebnisse, die das Buch trotz seiner zahlreichen tabellarischen Zusammenstellungen und Materialfülle sehr lesbar halten. In bezug auf die zentrale Frage, welche Psychotherapie wie wirksam ist, nehmen Grawe u.a. kein Blatt vor den Mund: "Noch nie hat sich in irgendeiner Übersichtsarbeit über die vergleichende Wirkung von Therapien irgendeine andere Therapieform den kognitiv-behavioralen Therapien als überlegen erwiesen. Immer geht es nur um die Frage, ob man die Unterschiede zugunsten der Verhaltenstherapie als signifikant ansehen kann oder muss. Der umgekehrte Fall steht gar nicht zur Debatte. Die tatsächliche Ergebnislage könnte daher nicht eindeutiger sein, als sie ist: Kognitiv-behaviorale Therapie ist im Durchschnitt hochsignifikant wirksamer als psychoanalytische Therapie und Gesprächspsychotherapie" (S. 670).

Grawe u.a. gehen auch ausführlich auf die aus jahrzehntelanger psychoanalytischer Fehlprägung resultierende extreme Überschätzung des Zeitbedarfes für Psychotherapie ein, die sich in vielen Köpfen noch hartnäckig als ein Mythos hält und sowohl die objektive Realität moderner kognitiv-behavioraler Therapie als auch die Ergebnisse der gesamten wissenschaftlichen Wirksamkeitsprüfung völlig ignoriert. "Der Zeitraum, in dem wirksame Therapien ihre Effekte erzielen, bemisst sich nach Monaten und nicht nach Jahren. Gerade bei den Therapieformen, die sich als besonders wirksam erwiesen haben, treten die positiven Wirkungen der Therapie in erstaunlich kurzen Zeiträumen ein bzw. werden mit einer erstaunlich geringen Sitzungszahl erreicht. Dies gilt sehr ausgeprägt für viele der kognitiv-behavioralen Verfahren. ... Die von vielen psychoanalytischen Therapeuten auch heute noch vertretene Auffassung, schwer gestörte Patienten brauchten langjährige Therapien, ist eindeutig widerlegt" (S. 696).

Die erwähnte "Flut empörter Reaktionen" psychoanalytisch orientierter Ärzte und Psychologen ist zu verstehen, aber nicht zu unterschätzen, wenn man die reale Bedrohung für diese Therapeuten begreift, die ihnen aus dem Abhandenkommen dieses Mythos bei Gesundheitspolitikern und Kostenträgern entsteht. Die Folgen für die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland, die sich aus den Widerständen der Vertreter der psychoanalytischen und psychodynamischen Therapieschulen

ergeben, sind indes verheerend. Kein Gesundheitspolitiker käme wohl auf den Gedanken, eine Budgetierung für Psychotherapie einzuführen, wenn er sich bewußt wäre, daß eine hochwirksame kognitiv-behaviorale Behandlung über kaum mehr als einem Dutzend Sitzungen ein Vielfaches an medizinischen Folgekosten erspart - eine Rendite, die sich auch an der Börse kaum realisieren ließe. Hier liegt der unentdeckte Termin- und Futures-Markt der Gesundheitsvorsorge, der wohl erst dann richtig erschlossen werden wird, wenn die Lobby der Patienten größer geworden ist als die der Behandler bei Ministerien, Kostenträgern und Abrechnungsstellen.

Individuelle Fehlinvestitionen von Therapeuten sind gewiß bedauerlich, es ist jedoch nicht einzusehen, daß eine Gesellschaft fortlaufend Milliarden in den Sand setzt, weil es vielen Psychoanalytikern nicht gelingt zu erkennen, daß sie mit ihrer Ausbildung und Lehranalyse in eine Option investiert haben, die zwischenzeitlich abgelaufen ist. "Der einzige uns bekannte empirisch nachgewiesene Effekt langjähriger Lehranalysen ist, dass Therapeuten, die eine besonders lange Lehranalyse absolviert haben, später auch besonders lange Therapien durchführen", bemerken Grawe u.a. (S. 699) und konstatieren, daß "man das nicht gerade als Kompetenzzuwachs betrachten [kann]. Es ist zudem eine für das Versorgungssystem sehr kostspielige Auswirkung" psychoanalytischer Glaubenslehre.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) publizierte 1993 eine zusammenfassende Untersuchung der Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungsverfahren und gelangte zu demselben unmißverständlichen Ergebnis wie Grawe u.a.: "Cognitive-behavior therapy has been shown to be a powerful specific treatment in the neuroses, with some early evidence of its benefit in some personality disorders. Dynamic psychotherapy, although popular with patients and therapists..., has not been demonstrated to be superior to placebo in the neuroses or personality disorders" (Andrews/WHO, 1993, S. 244). Es ist daher nur folgerichtig, daß der hochgeschätzte Prof. Hans J. Eysenck vom Londoner Institute of Psychiatry im Lichte dieser Tatsachen schlicht folgert, "It is time psychoanalysis and psychotherapy joined phlogiston on the list of scientific theories that misled whole generations" (Eysenck, 1994, S. 491).

Betrachtet man diese und die Vielzahl weiterer, ebenso eindeutiger und klarer Ergebnisse der Wirksamkeitsforschung in der internationalen Literatur, so kann man Grawe u.a. eine außerordentlich nüchterne Bestandsaufnahme und durchaus behutsame und sehr faire Diskussion der Ergebnisse bestätigen. Geht man von Grawe's Feststellung aus, "für eine ganze Reihe von Therapiemethoden, insbesondere aus dem kognitiv-behavioralen Spektrum, aber auch für Hypnosetherapie oder Entspannungsmethoden ist stichhaltig nachgewiesen worden, dass sie psychosomatische Störungen wirksam verbessern" (S. 692), wie lange noch, so fragt man sich dann, will die Gesellschaft widerspruchslos die folgende Situation hinnehmen, die Grawe u.a. nur selten als "irrationale[n] Zustand" auch einer Bewertung unterziehen: "Ausgerechnet die Therapieform aber, die sich als auffällig ungeeignet für die Behandlung psychosomatischer Störungen erwiesen hat, die

psychoanalytische Therapie, spielt in der psychosomatischen Versorgung und Ausbildung die dominierende Rolle. Jeder Lehrstuhl für Psychosomatik/ Psychotherapie ist in der BRD mit einem Psychoanalytiker besetzt. ... Für die Patienten, die innerhalb dieser Universitätsabteilungen behandelt werden, hat dieser Zustand handfeste negative Folgen. Sie rechnen aus gutem Grund damit, dort eine besonders qualifizierte Therapie zu erhalten, werden aber tatsächlich geradezu regelhaft schlechter behandelt, als es mit gleichem oder geringerem Aufwand möglich wäre" (S. 692f.).

Um die aberwitzigen praktischen Implikationen der immer noch bestehenden Situation mit (traditionell) stark dominierenden psychoanalytischen und tiefenpsychologischen Behandlungsangeboten zu verdeutlichen, weisen Grawe u. a. beispielsweise auf ein Rechenexempel von Kächele & Kordy (1992, S. 524) hin: "Eine fünfjährige Psychoanalyse mit vier Sitzungen pro Woche erfordert den gleichen therapeutischen Aufwand wie die Behandlung von 40 Patienten mit einer halbjährigen Behandlung von 26 Therapiesitzungen. Die bisherigen Forschungsergebnisse haben gezeigt, dass vor allem besonders gering gestörte Patienten von Langzeitpsychoanalysen profitieren können. Es wäre ziemlich absurd, wollte man daraus die Konsequenz ziehen, für einen eher gering gestörten Menschen einen Aufwand zu betreiben, mit dem man auch 40 schwerer gestörte Patienten behandeln könnte" (Grawe u.a., S. 702).

Die Autoren scheuen sich nicht, die aus diesem Tatbestand unmittelbar resultierenden, dringenden Konsequenzen zu benennen: "Therapeuten, die für sich selbst feststellen müssen, dass die Mehrzahl ihrer Therapien länger als 40 Therapiesitzungen dauert, müssen über die Bücher. Sie sind Opfer einer falschen Ausbildung und/oder einer selbst produzierten Realitätsverzerrung" (S. 698). Diese von Grawe u.a. vorgenommene Definition heute regelhaft erreichbaren therapeutischen Effizienz-Standards ist natürlich eine Herausforderung für ein noch immer maßgeblich von der psychoanalytischen Theorie und deren Lobby geprägtes System der Richtlinien-Psychotherapie in Deutschland, welches mit seiner Honorierung eher langdauernde Psychotherapien fördert.

Der von Grawe u.a. mit einem Rahmen von 25 bis 40 Sitzungen umrissene Standard moderner therapeutischer Effizienz darf jedoch als eher moderat gelten. Perris & Herlofson (1993, S. 185) definieren in der WHO-Studie einen deutlich anspruchsvolleren regelhaft erreichbaren Stand der Kunst in der kognitiven Therapie: "The length of treatment is relatively short for the treatment of the average patient (12 - 15 sessions)". In praxi bedeutet dies nichts anderes, als daß eine effiziente kognitive Therapie mit acht Sitzungen bereits erfolgreich zum Therapieabschluß gelangt sein kann, während der psychoanalytische Behandler erst die letzte probatorische Sitzung vor seinem Langzeitantrag absolviert hat! Ein wahrlich groteskes Geschehen, wenn man sich vor Augen führt, daß ein verhaltenstherapeutischer Behandler in solchen Fällen in unserem heutigen System leicht in Verdacht geraten kann, nur Therapieabbrecher zu haben.

Es ist angesichts der absurden und unverantwortlichen Situation im deutschen Gesundheitswesen, in welchem psychoanalytisch orientierte Ärzte sowohl die Beantragung von Psychoanalyse als auch von Verhaltenstherapie begutachten und damit die Durchführung einer Behandlung kontrollieren, für die ihnen oft jede Kompetenz fehlt, ein systemimmanentes Problem und nicht verwunderlich, daß eine Vielzahl von solchermaßen unsinnigen Erstanträgen über bis zu 160 Sitzungen Psychoanalyse ein realitätsfremdes Psychotherapie-Verständnis bei gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen prägen. Verwunderlich ist allerdings, daß Kostenträger und Politiker, die permanent vom Sparen reden, sich derart unverschämt und "ohne Unrechtsbewußtsein" (Grawe u.a., S. 693) abschöpfen lassen und auf konkrete Vorschläge, so der Brief einer Krankenkasse vom Januar 1994 an den Rezensenten, lediglich eine gebündelte Ignoranz in (beispielhaft) folgender Form zu demonstrieren wissen: "Ob und inwieweit [mit einer flexiblen Kostenerstattung für moderne kognitiv-behaviorale Verfahren] die Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung gesenkt werden können, ist nach unseren Erfahrungen aus anderen Bereichen mehr als fraglich". Fazit: Im Dunkeln ist alles schwarz, egal ob sich vor einem die Tür oder die Wand befindet.

Obwohl Grawe u.a. die fatalen finanziellen Folgewirkungen des derzeitigen Umganges mit psychischen Störungen eher mit dem Fokus des Wissenschaftlers und Therapieforschers diskutieren und weniger auf die spezifischen Rahmenbedingungen von Therapeuten abheben, die ihrerseits von Institutionen und Kassenärztlichen Vereinigungen abhängig sind, kann der Leser dank der offenen und kritischen Diskussion, die das Buch auszeichnet, den Brückenschlag zur Praxis in der Regel gut vollziehen.

Allerdings mögen sich für Außenstehende einige ursächliche Handlungsmotive der psychotherapeutischen Praktiker nicht immer einfach erschließen: In der Tat ist es kaum plausibel zu machen, warum ein Therapeut, der eine Langzeit-Psychotherapie beantragt und durchführt, mit einem im Ergebnis um etwa 10 % höheren Stundenhonorar belohnt wird. Eine effizientere Bestrafung eines effizienten Psychotherapeuten, der alle oder die überwiegende Mehrzahl seiner Patienten innerhalb von 25 bis 30 Therapiestunden (dem Kurzzeit-Psychotherapie-Rahmen) erfolgreich verabschieden kann, läßt sich schwerlich vorstellen. Trotz ihrer Aufnahme in die öffentliche Gesundheitsversorgung wird die Verhaltenstherapie mit ihren effizientesten Methoden damit in ein Prokrustesbett der Bürokratisierung gezwungen, das mit der Vorgabe von Sitzungsfrequenzen und der Beschränkung therapeutischer Handlungsmöglichkeiten nicht nur "eine Kanonisierung und potentielle Rigidität befürchten" läßt (vgl. Kuhr, 1994, S. 7), sondern tatsächlich auch bewirkt. Die Entfaltung psychotherapeutischer Effizienz und die Realisierung psychotherapeutischen Erfolges wird trotz der Verfügbarkeit der besten Methoden durch das derzeitige System der Gesundheitsversorgung schwerwiegend behindert.

Am Beispiel der Therapie der Agoraphobie und Panikstörung mag diese Absurdität

der gegenwärtigen Gesundheitsversorgung, auf die Grawe u.a. beharrlich hinweisen, illustriert werden: Nach dem Stand der Therapieforschung ist bei dieser Erkrankung die In-vivo-Exposition (massierte Reizkonfrontation) die Methode der Wahl, die "dem einzelnen Patienten nachweislich mit größter Wahrscheinlichkeit helfen würde" (Schulte, 1992, S. 337). In bezug auf die wirtschaftlichen Vorteile einer im konkreten Lebensraum der Patienten ausgeführten massierten Reizkonfrontation gegenüber einer teureren Klinikbehandlung führen Grawe u.a. (S. 343) aus: "Während Agoraphobien [...] noch vor dreißig Jahren zu den sehr schwer behandelbaren Störungen zählten und Patienten mit diesen Störungen in grosser Zahl die psychiatrischen Kliniken bevölkerten, hat sich das Bild heute drastisch gewandelt. Patienten mit solchen Störungen haben heute eine eher günstige Prognose, und dies ist fast gänzlich den Reizkonfrontationstherapien zu verdanken." Unter Hinweis auf diese Therapieerfolge, die durch eine in ein umfassendes ambulantes Behandlungskonzept eingebettete Reizkonfrontation erzielbar sind, stellen Grawe u.a. (S. 344) zum Erfordernis der Reizkonfrontation bei Agoraphobien daher fest und betonen: "Therapeuten, die dies - aus welchen Gründen auch immer - nicht tun, legen ihren Patienten völlig unnötig ein verlängertes oder nie endendes Leiden auf und verstossen, das kann man heute so sagen, gegen die Regeln der Kunst."

Die Absurdität der gegenwärtigen Psychotherapie beginnt hingegen weniger bei jenen Ärzten, die ihre Patienten heute wie vor dreißig Jahren aus Hilflosigkeit, Unkenntnis oder aus Therapieschulensproporz zunächst vergeblich mit Psychopharmaka versorgen und dann in die Kliniken schicken. Nein, die Absurdität beginnt bereits da, wo Vertreter der Krankenkassen und Kostenträger verhaltenstherapeutische Behandler abmahnen, weil diese auf die wirtschaftlichen Vorteile einer effizienten Reizkonfrontation hinweisen oder ihrer Aufklärungspflicht gegenüber den Patienten über die nach "den Regeln der Kunst" strikt indizierte In-vivo-Exposition nachkommen. Wer auf der Grundlage der "gültigen Richtlinien" der Psychotherapie-Vereinbarungen einmal versuchte, einen Kostenträger davon zu überzeugen, die therapeutischen und finanziellen Besonderheiten der Reizkonfrontation zu berücksichtigen, weiß wovon die Rede ist. 30 flexibel verwendbare Therapiestunden und vielleicht weitere DM 1.000,- für Expositions-Sachkosten (Fahrzeuge, Tickets, Spesen etc.) wären im Einzelfall beispielsweise ausreichend, um eine adäquate Reizkonfrontation zu ermöglichen, die therapeutisch nachweislich mit größter Wahrscheinlichkeit helfen würde. Dies lassen die gültigen Psychotherapie-Richtlinien jedoch nicht zu. Statt dessen würden sicher 45 Therapiestunden (Langzeit-Therapie) genehmigt. Und da durch die Honorardeckelung des jüngsten Gesundheitsreformgesetzes das Sitzungshonorar ohnehin gemindert ist, der Patient gegenüber seiner Krankenkasse einen Sachleistungsanspruch hat und folglich für die Expositions-kosten nichts zuzahlen darf, der Therapeut sich wiederum durch die Übernahme der Expositions-kosten nicht ruinieren wird, findet die gutachterlich abgeseignete Verhaltenstherapie letztlich doch nur in der Praxis des Therapeuten statt, was dem Patienten wenig hilft, der Krankenkasse aber u.U. bereits bei der Therapie, auf jeden Fall aber bei den Folgekosten wesentlich teurer kommt.

Wenn ein Patient in diesem Fall eine rasche und wirksame Therapie wünscht, wird er selten eine andere Wahl haben als die Therapie aus eigener Tasche zu bezahlen. Dies wird nur ein Teil der Patienten können, ein anderer Teil wird sich eher für die erstattungsfähigen Psychopharmaka oder eine weniger ergiebige Klinikbehandlung entscheiden. Unter diesem Blickwinkel mutet die Analyse und Kritik von Grawe u.a. daher an manchen Stellen schon fast moderat an.

Ein viel zu geringes öffentliches Bewußtsein für den wirtschaftlichen Wert psychologischer Behandlungsmöglichkeiten besteht ebenso im Bereich der psychiatrischen Erkrankungen. Grawe u.a. illustrieren dies am Beispiel des Alkoholismus und der Schizophrenie und rechnen den möglichen gesellschaftlichen Nutzen der Psychotherapie vor: "Wenn man alle Kosten in Rechnung stellte, dann überwogen die Einsparungen bei den Kosten für stationäre Aufenthalte, Krisenintervention, Gerichtskosten und Gemeinde-Nachbetreuungskosten die mit der zusätzlichen familientherapeutischen Behandlung verbundenen Kosten, auf einen Zeitraum von neun Monaten berechnet, um DM 4.200,- pro Patient. Der grosse Gewinn an Lebensqualität für den Patienten und seine Angehörigen war also nicht etwa mit zusätzlichen Kosten verbunden, sondern erbrachte sogar beträchtliche reale Einsparungen" (S. 680f.). Die therapeutischen Verfahren hierfür liegen vor, Therapiehandbücher wie Perris (1989) und Falldarstellungen Luchmann (1994) illustrieren die Möglichkeiten der modernen psychologischen Therapie. Scotti u.a. (1993, S. 547) konstatieren, daß "the chronic psychiatric disorders are not 'too severe for behavior therapy', nor should any 'biological basis' for these disorders rule out the use of behavior therapy as a primary or secondary treatment option".

Im Kampf um den Erhalt von Marktanteilen im Bereich Psychotherapie artikulieren selbst Ärztevertreter die sträfliche Vernachlässigung dieses Bereiches, so beispielsweise Zeller (1994, S. 44): "Einerseits bewertet die gültige Gebührenordnung eine psychiatrisch-psychotherapeutische Tätigkeit völlig unzureichend... Andererseits grenzen einige analytisch tätige Gutachter solche schwergestörten Patienten mit Neurosen, Borderline-Störungen und Psychosen aus einer regulären psychotherapeutischen Behandlung aus. Hier liegt der eigentliche Skandal." Grawe u.a. lassen keinen Zweifel, daß es noch immenser öffentlicher Überzeugungsarbeit bedarf, um die kurzsichtige "Befürchtung, eine viel verbreitetere Nutzung psychologischer Behandlungsmöglichkeiten würde die Gesundheitskosten nur noch weiter nach oben treiben" zu verändern. "Natürlich kostet eine wirksame psychotherapeutische Behandlung zunächst einmal etwas, aber diese Kosten werden schon nach kurzer Zeit, und erst recht längerfristig weit mehr als wettgemacht durch Einsparungen an anderen Orten: Durch verringerten Medikamentenkonsum, verringerte Kosten für stationäre Aufenthalte und ambulante Arztbesuche, weniger Frühberentungen, weniger Ausfälle bei der Arbeit, bessere Arbeitsleistungen, weniger Unfälle, weniger Suizide" (S. 681).

Diese gesunde Logik besitzen manche Patienten noch in größerem Maße als ihre Kranken- oder Rentenversicherer. Da bat den Rezensenten doch eine Patientin:

"Würden Sie mir bitte etwas dazuschreiben, daß Sie es für meine Krankheit befürworten, daß ich Ihre Therapie mache, und daß eine psychosomatische Kur für mich schlecht wäre". Wen das Leben wohl bestrafte? Beide. Natürlich die Patientin, die eine Genehmigung für den Klinikaufenthalt bzw. eine Ablehnung ambulanter Psychotherapie erhält, und den Rentenversicherer, der die höheren Kosten einer weniger geeigneten Behandlung und deren Folgen zu tragen hat. Fast ist es ein Vorteil des Buches von Grawe u.a., die absurde Realität des gegenwärtigen Entwicklungsstandes der Psychotherapie und der Praktiken im deutschsprachigen Raum strikt im Fokus nüchterner wissenschaftlicher Verallgemeinerung zu widerzuspiegeln. Die Realität wäre sonst kaum erträglich.

So ergibt sich, wie Grawe u.a. detailliert aufzeigen, in allen psychotherapeutischen Indikationsbereichen die paradoxe Situation, daß die begrenzten finanziellen Mittel die die Krankenkassen, privaten Krankenversicherungen und Rentenversicherungen in Deutschland für Psychotherapie bereitstellen, bei dem weit überwiegenden Behandlungsanteil psychoanalytischer und tiefenpsychologischer Verfahren keineswegs für eine effiziente und professionelle Psychotherapie mit nachweislicher Senkung der bekannten psychosomatischen Folgekosten eingesetzt werden, sondern daß vielmehr die medizinischen und gesamtgesellschaftlichen Folgekosten durch die "weder ethisch noch volkswirtschaftlich vertretbar[e]" (S. 1) Behandlung mit weniger wirksamen oder ineffizienten Verfahren erhöht werden.

In dem von Grawe u.a. ausführlich diskutierten Fall der analytischen Schule dienen die Behandlungskosten somit eher der Förderung konfessioneller Aktivität denn nachweislich wirksamer Heilkunde. Sollte man tatsächlich erwarten, Psychotherapeuten könnten die Fortschritte der Forschung als Ermutigung und Chance empfinden, die dazu führen, "dass sie sich mit diesen neuen Methoden vertraut machen und sie nutzen? Die ganze Perversion der schulorientierten Abgrenzungen im Bereich Psychotherapie kommt" nach Grawe u.a. (S.746) "darin zum Ausdruck, dass das ganze Gegenteil geschieht. Diese Neuentwicklungen werden von der Mehrzahl der Psychotherapeuten nicht als willkommene Bereicherung, sondern als Bedrohung empfunden, auf die mit einer Kaskade von Abwehrmechanismen reagiert wird. Ignorierung, solange es geht; dann Abwertungsstrategien (klinisch irrelevant, Dressurmethode, oberflächlich, Symptomkur, unmenschlich, technokratisch usw.), die erkennen lassen, dass auf ein Stereotyp reagiert wird, und nicht auf etwas, mit dem man sich bekannt gemacht hat; und schließlich Ausgrenzung (etwas für Verhaltenstherapeuten, nichts für mich). Die Tatsache und das Ausmass dieser gut dokumentierten Abwehrformen geben einen unerfreulichen Einblick in das professionelle Selbstverständnis der betreffenden Therapeuten. Es geht nicht in erster Linie darum, etwas für die zu Behandelnden zu erreichen, sondern darum, etwas für die Behandler zu bewahren: ihr Therapieverständnis, ihren Selbstwert, Status, finanzielle Vorteile usw. Von der Ergebnisqualität der Behandlungen ist in der Auseinandersetzung mit diesen neuen Entwicklungen kaum einmal die Rede und das ist bezeichnend" (S. 746).

Zu den denkwürdigsten Dokumenten "einer selbst produzierten Realitätsverzerrung" (Grawe, S. 698), die der Rezensent in diesem Kontext von einer Gemeinschaftspraxis dreier Nervenärzte erhalten hat, zählt ein Brief vom Februar 1994: "Sehr geehrter Herr Kollege Luchmann, unser Credo lautet: Es gibt die verschiedensten Psychotherapien, wobei alle Psychotherapien von sich in Anspruch nehmen, daß sie wirksam sind und auch sind. ... Prioritäten bezüglich der verschiedenen psychotherapeutischen Richtungen haben wir nicht." Gewiß, im Verständnis jener Psychoanalytiker braucht die Therapie ja nicht wirksam zu sein, sondern nur weiterhin den Anspruch auf Wirksamkeit zu erheben! Eine aufschlußreiche und lehrreiche Ergänzung des Buches für alle, die nicht zu den "Insidern" zählen, wäre ein Anhang mit den "gut dokumentierten Abwehrformen" gewesen. Freilich taten die Autoren auch nicht unrecht, die Bäume und das gute Papier zu schonen: "Psychotherapy, and the dynamic theories on which it is based, is an example of a 'degenerating program shift'", schreibt Eysenck (1993, S. 17f.), "behavior therapy, and the conditioning theory on which it is based, is an example of a 'developing program shift'".

Wer sich das Buch von Grawe u.a. zulegt, investiert weniger als den Betrag für eine psychotherapeutische Sitzung, hat jedoch die Chance, einen unschätzbaren Realitätsgewinn zu erreichen. Das gilt gleichermaßen für Psychotherapeuten wie für Gesundheitspolitiker, Rentenversicherungs- und Krankenkassenvertreter. Für die letzteren erfordert es eine einfache Wirtschaftlichkeitsrechnung, um zu einem realistischen Eindruck von psychotherapeutischer Effizienz zu gelangen; für die ersteren hingegen oft die Preisgabe ihrer Identität - und welche Widerstände und Abgründe sich da eröffnen, weiß der geneigte Leser sicher aus der Arbeit bei seinen eigenen Patienten. Grawe u.a. weisen ferner auf den aus genau diesen konfessionellen Gründen regelmäßig unterschlagenen Umstand hin, daß die "Psychologen [...] im Durchschnitt wesentlich besser als Ärzte auf den Psychotherapeutenberuf vorbereitet [sind] ; sie sind es, die im wesentlichen die Anwendung der Psychotherapie zu heilenden Zwecken wissenschaftlich untersucht haben und sie mehrheitlich praktizieren; sie führen im Durchschnitt wirksamere Therapien durch als Ärzte" (S. 20). Das kann nicht überraschen, weil die effizientesten Psychotherapie-Verfahren, z.B. kognitiv-behaviorale Methoden, nahezu ausnahmslos ihren Ursprung in der Forschung und Entwicklung der experimentellen und klinischen Psychologie haben und durch deren Voranschreiten weiterentwickelt werden!

Gleichwohl, so fahren Grawe u.a. fort, "gehört [es] zu den absurdesten Anachronismen unseres Gesundheitssystems, dass dennoch der Ärztestand den Psychologen gegenüber den Anspruch stellt, für die Psychotherapie führend verantwortlich zu sein" (S. 20). Daran ändert bis zur Schaffung eines psychotherapeutisch tätige Psychologen und Ärzte kollegial gleichstellenden Gesetzesrahmen auch die erfreuliche und ermutigende Tatsache nichts, daß - anders als bei den Ärztefunktionären - die Zahl der praktizierenden Ärzte wächst, die auf dem Boden dieser Erkenntnis und zum Wohle ihrer Patienten eine fruchtbare und kollegiale Zusammenarbeit mit den Psychologen pflegen. Grawe u.a. diskutieren

anhand verschiedener konkreter Studien die Kostenersparnis, die durch ausreichend verfügbare ambulante psychologische Behandlungsangebote realisiert werden können. Die weltweit beispiellos hohe Zahl von stationären Psychotherapieplätzen in Deutschland kostet extreme Summen und ist keinesfalls wirtschaftlich. Wenn Patienten sich nach mehrwöchigen und mehrmonatigen Aufenthalten in psychosomatischen/psychotherapeutischen Kliniken dem ambulanten Behandler in ihrem realen Lebensumfeld sehr rasch wieder mit all ihren Symptomen präsentieren, so sind die Klinikkosten eher einem lebensfernen "Glashauseffekt" denn einer wirksamen Behandlung zugeflossen.

Die Forschung weist nach, daß durch eine qualifizierte ambulante psychologische Therapie im Anschluß an die psychiatrisch-neurologische und internistisch-chirurgische Akutbehandlung und -rehabilitation ein meßbarer Gewinn für das Therapie- und Rehabilitationsziel sowie eine enorme Kostensenkung zu erreichen ist. Mehr noch: Für jede einzelne im Vorfeld der erforderlichen Akutbehandlung in Verhaltenstherapie investierte DM lassen sich nach empirischen Berechnungen mindestens DM 2,50 bis DM 3,50 an medizinischen Folgekosten sparen. Dennoch geht der ärztliche Kampf um den Erhalt eines anachronistischen ärztlichen Primats auf Psychotherapie weiter. Anstatt eine ambulante psychologische Therapie zu fördern, die frühzeitig (präventiv und kurativ) aktiv wird, realitätsnah, effizient und empirisch fundiert und deshalb preiswert ist, kommt der sich selbst ad absurdum führende Ruf nach noch mehr stationären Psychotherapiebetten aus der Ärzteschaft: "Psychosomatische Abteilungen oder Funktionseinheiten in den Allgemeinkrankenhäusern ... wären die volkswirtschaftlich günstigste Ad-hoc-Maßnahme. Mit dem Wohl der Kranken wagt man als Arzt heute kaum noch zu argumentieren" (Hoffmann, 1994, S. A117). Stimmt, kann man zu Letztem nur sagen. Wie konstatierten Grawe u.a. doch gleich: "Es geht nicht in erster Linie darum, etwas für die zu Behandelnden zu erreichen, sondern darum, etwas für die Behandler zu bewahren" (S. 746).

Glücklicherweise ist ein Prozeß der öffentlichen Bewußtseinbildung in Gang gekommen, der die moderne psychologische Therapie als eine streng wissenschaftlich begründete, problemorientierte und hocheffiziente Dienstleistung im Bereich der psychischen und körperlichen Gesundheit zu akzeptieren beginnt, denn "die vorhandenen Informationen werden sich nicht dauerhaft unterdrücken lassen" (S. 748). Das Buch von Grawe u.a. wird diesen Prozeß beschleunigen helfen und den Akkomodationsdruck auf die Psychotherapieschulen erhöhen. "Akkomodationsdruck besteht für jede Therapieschule, ohne Ausnahme, auch für diejenigen, die sich aufgrund der referierten Ergebnisse vielleicht für kurze Zeit als Sieger fühlen mögen. Die Therapieschul-Verhaltenstherapeuten mögen sich im Glanz der Wirksamkeitsnachweise sonnen; die wissenschaftlichen Verhaltenstherapeuten werden aber gut daran tun, sich ihrerseits den von ihnen bisher ausgeblendeten Fakten zuzuwenden und ihre theoretischen Vorstellungen daran zu akkomodieren" (S. 748).

Grawe u.a. leiten aus dem nach ihrer Überzeugung stattfindenden Sich-Überleben der Therapieschulen eine Zukunft der Psychotherapie ab, die nicht darin bestehen wird, "dass sich eine der jetzt bestehenden Therapieformen den anderen gegenüber durchsetzt, sondern dass etwas entsteht, das es heute noch nicht gibt, nämlich eine 'Allgemeine Psychotherapie'" (S. 748). Diese Zukunft einer empirisch begründeten Allgemeinen Psychotherapie umreißen Grawe u.a., kondensiert aus den Ergebnissen der Studie, in einem sehr lesenswerten und kompromißlosen Abschlußkapitel von (leider nur) neununddreißig Seiten: "Was wir vorschlagen, ist weder das, was vielfach unter 'integrativer Therapie' verstanden wird, noch ist es ein eklektischer Ansatz. ... Die Grundlage einer Allgemeinen Psychotherapie wäre keinesfalls ein Flickenteppich aus theoretischen Versatzstücken der verschiedenen bestehenden Therapieformen. ... Die Konstrukte dieser Therapieformen sind im Ansatz ungeeignet, das psychotherapeutische Geschehen vollständig zu erklären" (S. 786). Auf der Suche nach "einem ganz neuen theoretischen Ansatz von grösserer Erklärungsbreite" sind Grawe u.a. der Überzeugung, "dass die konzeptuelle Entwicklung der empirisch orientierten Psychologie heute bereits die tragfähige Grundlage einer solchen Allgemeinen Psychotherapie sein kann" (S. 786).

Mit der Skizzierung einer auf dem Konstrukt des Schemas fußenden theoretischen Konzeption unternehmen die Autoren den Versuch, eine solche Grundlage auszuformulieren. Diese ist als Anregung gewiß gelungen, der Begriff selbst ist freilich nicht neu und hat seinen Ursprung bereits in den Anfängen der experimentellen und kognitiven Psychologie (z.B. Bartlett, 1932). Der Leser mag über die enge Verknüpfung moderner psychotherapeutischer Therapie mit experimenteller Psychologie überrascht sein. Eine wirkliche Überraschung ist eher, daß es den Therapeuten gewisser Therapieschulen über Jahrzehnte hinweg möglich war (und noch immer ist), Patienten zu erzählen, daß beispielsweise ihre Höhen-Angst vor Kirch- und Aussichtstürmen mit dem vorgeblichen Charakter eines Turmes als Sexuelsymbol zusammenhängt. Es ist deshalb weit mehr als nur wünschenswert gewesen, daß Grawe u.a. mit ihrem Buch beigetragen haben, die Psychotherapie auf ihre wissenschaftliche Grundlage zu stellen und sich als das zu definieren, was sie tatsächlich sein kann: eine empirisch orientierte, psychologische Heilkunst ohne Gebetbuch, welches die Aussicht auf die Realität versperrt.

Es ist das einzigartige Verdienst der Forschergruppe um Klaus Grawe, mit dem Ergebnis ihrer jahrzehntelangen Arbeit einen nicht hoch genug zu würdigenden Beitrag zu einer empirisch orientierten Psychotherapie und zur Veränderung einer "weder ethisch noch volkswirtschaftlich vertretbar" erscheinenden Situation (S. 1) geleistet zu haben. Dafür und für dieses aus diesem Grunde eminent wichtige Buch ist ihnen zu danken. Das Buch benötigt keine Kaufempfehlung, es ist der preiswerteste Überlebensratgeber für Psychotherapeuten und deren institutionelle Vertragspartner.

Literaturverzeichnis

Andrews, G. (1993). The benefits of psychotherapy. In N. Sartorius, G. de Girolamo, G. Andrews, G.A. German, L. Eisenberg (Hrsg.), *Treatment of mental disorders: a review of effectiveness* (S. 235-247). Washington: The World Health Organization / American Psychiatric Press.

Bartlett, F. C. (1932). *Remembering*. London: Cambridge University Press.

Eysenck, H. J. (1993). Forty years on: the outcome problem in psychotherapy revisited. In T. R. Giles (Hrsg.), *Handbook of effective psychotherapy*. New York: Plenum Press, 3-20.

Eysenck, H. J. (1994). The outcome problem in psychotherapy: What have we learned? *Behaviour Research and Therapy*, 32, 477-495.

Hoffmann, S. O. (1994). Somatisierung und die Somatisierungsstörung. *Deutsches Ärzteblatt*, 91, A113-117.

Kächele, H.; Kordy, H. (1992). Psychotherapieforschung und therapeutische Versorgung. *Der Nervenarzt*, 63, 517-526.

Kuhr, A. (1994). Perspektiven der Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 26, 5-17.

Luchmann, D. (1994). Verhaltenstherapeutische Einzel-Behandlung bei einem 35jährigen Patienten mit einer bipolaren affektiven Störung. In H. Vogel (Hrsg.), *Verhaltenstherapeutische Fallberichte. Ausbildungsmanuale*, Bd. 4. Tübingen: DGVT-Verlag, 167-180.

Perris, C. (1989). *Cognitive therapy with schizophrenic patients*. New York: Guilford.

Perris, C.; Herlofson, J. (1993). Cognitive therapy. In N. Sartorius, G. de Girolamo, G. Andrews, G. A. German, L. Eisenberg (Hrsg.), *Treatment of mental disorders: a review of effectiveness* (S. 149-197). Washington: The World Health Organization / American Psychiatric Press.

Schulte, D. (1992). Reizkonfrontation: Standardtherapie nur für Standardpatienten? *Verhaltenstherapie*, 2, 335-338.

Scotti, J. R.; McMorro, M. J.; Trawitzki, A. L. (1993). Behavioral treatment of chronic psychiatric disorders: publication trends and future directions. *Behavior Therapy*, 24, 527-550.

Zeller, E. (1994). Versorgungssituation akut psychisch Erkrankter aus der Sicht eines niedergelassenen Nervenarztes. *Ärzteblatt Baden-Württemberg*, 49, 42-44.

Veröffentlicht am 01.05.1994.

Zitiervorschlag:

Luchmann, Dietmar: "*Heilkunst ohne Gebetbuch — Empirische Psychologische Therapie*" [Buchbesprechung: Grawe, Klaus; Donati, Ruth; Bernauer, Friederike: Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe-Verlag, 1994.] Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis 26 (1994) 231-241.

Quelle:

<https://coaching-institute.net/angstambulanz/press/verhaltenstherapie-praxis-vpp.html>

Copyright © 1992—2017 ABARIS Angstambulanz, a division of The Coaching Institute LLC.

Alle Rechte vorbehalten. Die Reproduktion, Modifikation oder sonstige Verwertung der Inhalte ganz oder teilweise, gleich in welcher Form, ohne die vorherige schriftliche Genehmigung von The Coaching Institute LLC, Cambridge, Massachusetts 02142, United States of America, ist untersagt.