



Dr. K. Bell, Brücker Mauspfad 601; 51109 Köln
e-mail: kbellkoeln@aol.com

Prof. Dr. M.B. Buchholz, Schlesierring 60; 37085 Göttingen
e-mail: buchholz.mbb@t-online.de

Dr. Karin Bell und Prof. Dr. M.B. Buchholz

Die psychoanalytischen Therapieverfahren



*Ihr Einsatz in der vertragsärztlichen
Versorgung*

Wir wollen mit dieser kleinen Schrift versuchen, etwas über die Anwendungen der Psychoanalyse in der therapeutischen Praxis mitzuteilen, wir wollen das eine oder andere Mißverständnis ausräumen und über Psychoanalyse informieren.

Im Auftrag der D G P T

Inhaltsverzeichnis

AKTUELLE ANMERKUNGEN	3
WAS EIGENTLICH IST „PSYCHOANALYSE“?	4
Ein neues Modell der Seele macht mehr Krankheiten behandelbar	4
Die Objektbeziehungstheorie	6
Narzißmustheorie	7
Die Störungen der Persönlichkeit	8
PSYCHOANALYSE UMFABT ...	9
DIE VIELFALT PSYCHOANALYTISCHER THERAPIEN	10
KLEINE KASUISTISCHE ILLUSTRATIONEN	12
DAS DREIECK DER EINSICHT	15
GIBT ES FORSCHUNGEN ZUR PSYCHOANALYSE?	15
Die Behauptung, es gäbe keine psychoanalytische Forschung, ist falsch!	17
Randomisierte klinische Studien haben praktische Grenzen	17
Naturalistische Studien lösen manche Probleme	19
ABSCHLIEßENDER HINWEIS	20

⋮

Psychoanalyse und kassenärztliche Versorgung

Zur Effektivität der Psychoanalyse

Aktuelle Anmerkungen

Seit 1967 sind die psychoanalytischen Therapieverfahren Bestandteil der kassenärztlichen Versorgung. Die Untersuchungen von Annemarie Dührssen und Eberhard Jorswiek (1963), die neuerdings wieder nachgelesen werden können (1998), hatten in Verbindung mit anderen Untersuchungen den Nachweis erbracht, daß psychoanalytisch behandelte Patienten

- weniger Medikamente verbrauchen
- eine geringere Zahl von stationären Krankheitstagen aufweisen
- seltener krank geschrieben wurden.

Dies alles trifft zu bei einem Vorher-Nachher-Vergleich (vor der Behandlung, nach der Behandlung), aber auch, wenn man die psychoanalytisch behandelten Patienten mit dem Durchschnitt der unbehandelten Bevölkerung vergleicht.

Psychoanalyse ist wirkungsvoll..

Deshalb ist damals ihre Aufnahme in die kassenärztliche Versorgung beschlossen worden. An diesem Befund hat sich bis heute nichts geändert. Diese Ergebnisse sind wiederholt bestätigt worden.

Hat nicht Grawe das Gegenteil bewiesen? Nein!

Diese Ergebnisse sind wiederholt bestätigt worden, auch wenn Grawe in seiner sog. Meta-Analyse das Gegenteil behauptet. Diese Meta-Analyse hat bei ihrem Erscheinen einen erheblichen Wirbel verursacht. Renommiertere Statistiker (Rüger 1994) und erfahrene Psychotherapieforscher (zuletzt Tschuschke et al. 1998) haben mittlerweile an Grawes Untersuchung viele Mängel nachgewiesen. Das Versprechen: „Schneller – besser – billiger“ ist unhaltbar. Erfolge sind weder schneller noch besser und schon gar nicht billiger zu haben. Vergleicht man lange und kurze Therapien, dann ergibt sich ein überraschendes Bild:

Beide erreichen nach wenigen – etwa 25 bis 30 - Sitzungen durchaus eine Besserung. Bei einem Teil der Therapien, die dann beendet werden, bleiben die Erfolge jedoch nicht stabil. In Katamnesen nach größeren Zeiträumen zeigt sich, daß die nur kurz behandelten Patienten in Abhängigkeit von der Schwere der Störung zum Teil bereits nach einem Jahr wieder auf ihr Ausgangsniveau in allen Skalen zurückgefallen waren; langfristig stabile Erfolge stellen sich bei diesen Patienten erst nach länger dauernden Behandlungen ein.

Manche Forscher haben deshalb fairerweise die Veränderung ihrer ursprünglichen Überzeugungen zugestanden. Dazu gehören E. Silberschatz, M.E.P. Seligman, H.H. Strupp und William P. Henry und auch die beiden ehemaligen Vorsitzenden der internationalen „Society of Psychotherapy Research“ (SPR), Clara E. Hill und William B. Stiles.

Martin E.P.Seligman, derzeit Präsident der „American Psychological Association“ mit hohem Ansehen, kommt sogar zu der Auffassung, daß Psychotherapien *erfolgreicher und langfristig stabiler* sind, wenn sie bis zu ihrem „natürlichen Ende“ durchgeführt werden können, also nicht durch äußere Einflüsse wie Beendigung der Kassenfinanzierung aufhören müssen. Patienten sind zufriedener, wenn sie das Ende selbst bestimmen können; Zufriedenheit der Patienten trägt zu deren Salutogenese bei und das damit erreichte Wohlbefinden mindert die Einnahme von Medikamenten, senkt die Neigung zu Krankschreibungen und vermindert damit volkswirtschaftliche Kosten.

Was eigentlich ist „Psychoanalyse“?

Ein neues Modell der Seele macht mehr Krankheiten behandelbar

Die Psychoanalyse ist eine umfangreiche und weitverzweigte Lehre von der menschlichen Seele. Sie ist Allgemeingut geworden; jeder spricht von Verdrängung, dem Unbewußten oder dem Ödipuskomplex. Jeder scheint sie zu kennen, kaum einer kennt sie wirklich. Sie hat die Kultur dieses Jahrhunderts enorm beeinflusst, sie ist von Künstlern und Wissenschaftlern wie Thomas Mann oder Albert Einstein gewürdigt und herausragend beurteilt worden und hat andere Wissenschaften beeinflusst. Ihr 'Seelenmodell' ist von vielen Therapieschulen in mehr oder weniger großem Umfang übernommen worden. Eine Psychotherapie ohne die Annahme unbewußter seelischer Mächte kann man sich kaum vorstellen, selbst Verhaltenstherapeuten sprechen mittlerweile vom Unbewußten.

Heute ist oft nicht mehr bekannt, was ursprünglich alles psychoanalytische Entdeckung ist.

- In nahezu allen anderen Therapieschulen wird die Bedeutung der frühen Kindheit für die Entstehung seelischer Krankheiten anerkannt
- Der Psychoanalytiker John Bowlby hatte zusammen mit anderen Forschern die traumatische Wirkung der Trennung kleiner Kinder von ihren Eltern entdeckt – konsequent führte das zur Einführung des Rooming-in in Krankenhäusern
- Die Untersuchungen von René Spitz über den Hospitalismus kleiner Kinder führten dazu, daß Eltern mit aufgenommen werden können, wenn ihr Kind ins Krankenhaus muß
- Die Wirkung elterlicher Zerwürfnisse auf Kinder ist gut untersucht und führte zur Einrichtung von Beratungsdiensten
- Daß Menschen in ihrer Entwicklung Ideale brauchen, haben viele psa. Studien zum sog. Narzißmus bestätigt.
- Daß Altern und Älter-Werden nicht nur ein biologischer Prozeß ist, sondern auch ein psychosozialer Vorgang, hat durch die Untersuchungen des Kasseler Professors für Psychoanalyse, Hartmut Radebold zur besseren hausärztlichen Betreuung vieler älterer Menschen geführt (obwohl hier manches noch verbessert werden kann)
- Die Rolle psychosomatischer Faktoren bei zahllosen Krankheiten und bei der Krankheitsverarbeitung soll hier nur erwähnt werden

Trotz dieser Verbreitung psychoanalytischen Gedankenguts ist bisher nur wenig darüber bekannt, in welchem Ausmaß sich die Psychoanalyse weiterentwickelt hat. Man versteht unter Psychoanalyse zumeist nur die Behandlungsform und die Theorie, die von Freud und seinen unmittelbaren Zeitgenossen entwickelt worden sind. In Wirklichkeit befindet sich die Psychoanalyse, wie jede junge wissenschaftliche Disziplin, in einem ständigen Fluß neuer Erkenntnisse, die sowohl durch eine Verfeinerung der Behandlungstechnik als auch durch die Assimilation von Erkenntnissen aus Nachbarwissenschaften, heute z.B. aus der Affektforschung und der Säuglingsbeobachtung, entstehen. Auch das Spektrum der Krankheiten, die mit einer entsprechend veränderten Haltung und Technik durch analytische Therapieverfahren behandelt werden, hat sich seit der Gründerzeit erheblich erweitert.

Damals waren es die sog. Übertragungsneurosen, die als psychoanalytisch behandelbar galten. Heute umfaßt der Indikationskatalog nicht nur aktuelle und chronische neurotische Erkrankungen, sondern auch Persönlichkeitsstörungen, psychosomatische Erkrankungen z.B. der Haut oder des Magen-Darm-Traktes, die Pathologien der sich selbst verletzenden Patientinnen und Patienten, die sexuellen Funktionsstörungen, die

schweren Depressionen mit mehreren Suizidversuchen und die Eßstörungen. Sogar die psychotischen Störungsbilder können unter günstigen Umständen und bei genügender Erfahrung mit psychoanalytischer Methode erfolgreich behandelt, zumindest aber verbessert werden.

Alle psychoanalytischen Theorien gehen davon aus, daß eine wesentliche Integrationsarbeit der Psyche im Aushandeln von Konflikten besteht. Unter Konflikten versteht die Psychoanalyse die Auseinandersetzung zwischen den seelischen Provinzen Es, Ich und Überich. Dieses Modell besagt verkürzt, daß wir zwischen Wünschen und Sehnsüchten, den Anforderungen des Alltags und sozialen Normen Entscheidungen treffen müssen. Von einem neurotischen Konflikt sprechen wir, wenn Teile des Konflikts unbewußt bleiben – etwa wenn es sich um verbotene Wünsche handelt, die mit den eigenen Normen und Werten unverträglich scheinen. Sie werden dann verdrängt, weil das Ich soviel Spannung nicht ertragen kann. Dennoch setzt sich der verdrängte Impuls dann durch. Eine Mutter, die sich unglücklich verheiratet sieht, traut sich nicht, eine Scheidung ins Auge zu fassen. Statt dessen fühlt sie sich unerträglich gequält von sich ihr aufzwingenden Gedanken, das gemeinsame Kind mit einer Schere erstechen zu müssen. Ohne das Kind, so glaubt sie, wäre eine Scheidung leichter. Hier sieht man, wie aus einem seelischen Konflikt eine Störung mit Krankheitswert entsteht.

Psychoanalytiker sitzen aber nicht nur hinter Couchen und brummeln ab und zu „hm, hm“ – wie es ein weit verbreitetes Zerrbild will. Vielmehr sind sie in vielen Bereichen der Krankenversorgung und des Gesundheitswesens engagiert. Zahllose Psychoanalytiker sind im Konsiliar- und Liaisondienst tätig und helfen, die Bewältigung organischer Erkrankungen verbessern, etwa bei krebserkrankten Kindern und deren Angehörigen. Andere beraten ärztlich-pflegerische Teams und helfen ihnen bei der emotionalen Verarbeitung der Schicksale ihrer Patienten. Wieder andere leiten Beratungsdienste und leisten hier ihren Beitrag zur Prävention seelischer Störungen.

Dies ist auch ermöglicht worden durch Weiterentwicklungen der psychoanalytischen Theorie, die wir hier in aller Kürze streifen wollen.

Die Objektbeziehungstheorie

Neu in der theoretischen Entwicklung ist der Ansatz der Objektbeziehungstheorie. Er besagt, daß *Beziehungserfahrungen* mit den ersten wichtigen Personen sich in *Beziehungserwartungen* umwandeln, die stabil in die Persönlichkeitsstruktur aufgenommen werden. Allerdings erfolgt dies nicht passiv, indem das Kind den Erfahrungen von außen nur ausgeliefert ist und sie erleidet, sondern das Kind gestaltet die Beziehung

aktiv mit, gibt dem Erfahrenen eine bestimmte Bedeutung oder errichtet Abwehren gegen allzu schmerzliche Erfahrungen. Durch Verinnerlichung typischer Interaktionsmuster und deren nachträgliche Verstärkung durch Wiederholungen bilden sich unbewußte Schemata als gefühlshafte (affektive) und kognitive Organisationszentren. Das Modell einer Verinnerlichung insbesondere von negativen Beziehungserfahrungen erklärt gut, warum therapeutische Versuche, Erwartungen zu ändern, schwierig und langwierig sind. Wer sich einmal die Hand am Ofen verbrannt hat, wird sich anderen Öfen nicht mehr ohne weiteres nähern wollen. Er bildet die Erwartung, daß alle Öfen nun einmal heiß sind und deshalb vermieden werden müssen. Erwartungen steuern – nicht immer nur in der Einfachheit dieses Schemas – so Vermeidungsverhalten. Vermeidungen von Kontakten, von Erfahrungen, von Affekten – das macht einen nicht geringen Teil der jeweiligen Störung aus. Deshalb ist es in einem therapeutischen Prozeß entscheidend, unbewußte Erwartungen überhaupt zu erkennen. Weil Erwartungen an andere Menschen (also an die „Objekte“) so stabil sind, dauert es lange, bis sie einem Patienten selbst bewußt werden. Aber wenn sie bewußt werden, wenn er sehen kann, daß er andauernd Kontakte, Gefühle oder bestimmte Beziehungen vermeidet, dann hat er den entscheidenden Schritt schon getan und ist aus dem Bannkreis der eigenen Erwartungen, die sich immer zu bestätigen scheinen, entkommen.

Narzißmustheorie

Neu ist auch der Ansatz der Narzißmustheorien, welche die Bedeutung von Sicherheit und Selbstwertgefühl (Selbstachtung und Selbstliebe) und deren Regulierung betonen. Schon als Säuglinge brauchen wir ein Gefühl der sog. koenästhetischen Stabilität. Der Moro-Reflex wird ausgelöst, wenn Säuglinge – etwa beim Werfen in die Luft – das Gefühl zu fallen haben. Eine der tiefsten Ängste ist dann auch die, zu fallen ohne sicher gehalten und aufgefangen zu werden.

Der Erwerb einer sicheren Selbstachtung und Wertschätzung der eigenen Person – ohne in ein geschwollen zur Schau gestelltes Selbstbewußtsein einzumünden – ist eines der Ziele frühkindlicher Erziehung. Kinder, die sich der Zuneigung ihrer Bezugspersonen sicher sein können, gewinnen auch im späteren Leben leichter Freunde, lernen motivierter und empfinden Freude bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeiten (sog. „Funktionslust“). Das haben amerikanische Längsschnittstudien gezeigt.

Kinder hoffen, daß ihre eigenen Eltern sich als vollkommen und gut erweisen mögen und sie glauben dies länger, als wir im allgemeinen annehmen, nämlich selbst dann noch, wenn sie in vielen Bereichen durchaus zu realistischen Beurteilungen in der Lage sind. Dieser Glaube ist eine der Quellen von Hoffnungen und Optimismus und vermittelt die

Zuversicht auf Gerechtigkeit im späteren Leben. Dieser Glaube wird in der Psychoanalytischen Narzißmustheorie als „Idealisierung“ bezeichnet.

Sowohl die Wertschätzung und Selbstachtung als auch die Idealisierung können empfindlich gestört werden und führen zu schweren Beeinträchtigungen. Kinder, deren Vater beispielsweise arbeitslos wird, die einen sozialen Abstieg der Familie hinnehmen müssen, behalten oft ein Leben lang das Gefühl einer tiefen Traurigkeit, von Wert- und Sinnlosigkeit. Der Zusammenbruch der Idealisierung kann auch abgewehrt werden durch übermäßig scheinendes, trotziges Selbstbewußtsein, das sich bis zu Gewaltakten im Sinne von beweisenden Mutproben steigern kann. Aber es kann auch zu Störungen des Körpergefühls, zur psychosomatischen Verarbeitung von depressiven Affekten kommen, die dann wiederum den Arzt beschäftigen.

Die Störungen der Persönlichkeit

Eine besondere Weiterentwicklung der klinischen Theorie fand im Bereich der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen statt. Dies sind oft schwer kranke Patienten, die neben einer eingeschränkten Beziehungsfähigkeit eine vielfältige Symptomatik (z.B. Zwänge, Depressionen, Eßstörungen, Süchte, Perversionen) zeigen. Hier handelt es sich um Personen, die in ihren frühen Beziehungserfahrungen höchst widersprüchlichen, spannungsvollen und negativen Erlebnissen ausgesetzt waren. Die ständige Androhung von Gewalt wechselte mit übermäßig-besitzergreifender Liebe, die weitgehende emotionale Vernachlässigung mit aufdringlicher materieller Zuwendung, etwa in Form des Überhäuftwerdens mit Geschenken. Diese Menschen sind sich ihrer Beziehungen nie gelassen sicher, sie sind in andauernder emotionaler Hochspannung, was sich auch in einem gesteigerten Bluthochdruck, Spannungskopfschmerz, Gereiztheit und nachfolgendem Fall in das „schwarze Loch“ tiefer Deprimiertheit und Nicht-Ansprechbarkeit ausdrücken mag; sie wechseln ihrerseits plötzlich und für Andere oft nicht vorhersehbar von scheinbarer Freundlichkeit zu abrupten Wutanfällen, von Hochstimmung zu tiefen und verzweifelten Sinnlosigkeitsgefühlen. Sie wechseln häufiger ihre Beziehungspersonen, vertreten teils ganz gegensätzliche Auffassungen zu wichtigen Lebensthemen ohne sich dieser Gegensätzlichkeit bewußt zu sein und können sich vielfach nicht entscheiden. Anderen Menschen begegnen sie mit offener oder untergründig spürbarer Verächtlichkeit. Ihr Körper ist muskulär verspannt, sie haben wenig „inneren Sinn“ für sich selbst und weil sie das eigene Körpergefühl schmerzlich vermissen, versuchen sie sich manchmal selbst zu stimulieren, indem sie sich schneiden oder sich anderweitig Verletzungen zufügen. Sie vermeiden nicht Schmerz, vielmehr erleben sie Entspannung, „wenn das eigene Blut fließt“. Den eigenen

Schmerz zu spüren versichert ihnen, lebendig zu sein und stellt das vermißte Körpergefühl kurzzeitig her.

Auch für diese sehr kranken Menschen, die ihr soziales Umfeld massiv beanspruchen, hat die Psychoanalyse Behandlungsmöglichkeiten schaffen können.

Abgeleitet von den erwähnten Objektbeziehungstheorien und Narzißmustheorien wurden spezifische, indikationsbezogene Behandlungsmodelle für Persönlichkeitsstörungen entwickelt, die die Symptome im Zusammenhang mit der Persönlichkeitsstörung verstehen und behandeln. Dies ist der Hauptindikationsbereich der psychoanalytischen Langzeittherapie.

Wenn wir jetzt zu der Eingangsfrage: Was ist die Psychoanalyse? zurückkommen, dann können wir jetzt das folgende sagen:

Psychoanalyse umfaßt ...

- (1) eine **Persönlichkeitstheorie** mit Aussagen über Entwicklung, Struktur und Funktion der menschlichen Psyche in Gesundheit und Krankheit. Hintergrund dieser Theorie ist ein Menschenbild, das besagt, daß unbewußte Faktoren unser Denken, Handeln und Fühlen beeinflussen, und daß diese unbewußten Faktoren zu inneren Konflikten führen.
- (2) eine **Krankheitslehre** mit Aussagen über die Entstehung und Heilungsbedingungen von seelischen Krankheiten. Die Krankheitslehre hat verschiedene seelische *Konflikte* im Zentrum, sie untersucht deren Auswirkungen auf die Entwicklung des Menschen, auf seinen Körper und auf seine Beziehungen zu anderen Menschen. Neben Konflikten thematisiert sie *Entwicklungsdefizite* und den Einfluß von traumatischen Erfahrungen im Sinne von seelischen Verletzungen. Die Psychoanalyse geht von engen Wechselwirkungen zwischen Konflikt und *Trauma* aus, wobei die Grenzen zwischen äußeren Traumatisierungen und inneren Konflikten, die zu Traumata werden, nicht immer eindeutig gezogen werden können.
- (3) **Behandlungsmethoden** mit unterschiedlicher Dauer, Zielsetzung und unterschiedlichen Rahmenbedingungen auf der Basis dieser Krankheitslehre. Zu diesen Behandlungsmethoden gehören im einzelnen:
 - unterschiedliche Methoden analytischer Kurzzeittherapien von der Notfallbehandlung über die Krisenintervention bis zur Fokalthherapie.

- mittelfristige Therapieverfahren wie die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die dynamische Psychotherapie oder die längerfristig haltgewährende Therapie
- die analytische Psychotherapie als Langzeitverfahren sowie die eigentliche Psychoanalyse als eine spezifische Behandlungsform mit mehreren Sitzungen pro Woche.

Allen Behandlungsmethoden sind einige grundlegende Operationsprinzipien gemeinsam. Die Annahme, daß sich die bei den frühen Objekten gebildeten Erwartungen auch an den Therapeuten richten, wird als *Übertragung* bezeichnet. Daß der Patient auch an seiner Störung festhält und *Angst* gegen deren Überwindung entwickelt, mündet in das ein, was in der Behandlung dann *Widerstand* heißt. Der Patient, so lehrt die Erfahrung, geht innerlich an jenen Punkt in seiner Entwicklung zurück, an dem die Störung eingesetzt hat, um von dort aus einen Neustart im Schutz der therapeutischen Beziehung zu versuchen. Das wird als *Regression* bezeichnet; sie ist ein nicht willentlich steuerbarer, in der Behandlung sich einstellender Prozeß. Übertragung, Widerstand und Regression handhaben zu lernen macht die wesentliche therapeutische Kunstfertigkeit aus.

Die emotionale Antwort des Therapeuten auf Übertragung, Regression und Widerstand wird als *Gegenübertragung* zusammengefaßt und umgreift eine differenzierte Palette feinabgestufter emotionaler Reaktionen, die der Therapeut zum Verständnis des unbewußten Geschehens zu nutzen gelernt hat. Er teilt jedoch seinem Patienten von seiner eigenen emotionalen Befindlichkeit nie direkt etwas mit, sondern erst, nachdem er dies in Beziehung zum Erleben seines Patienten gesetzt hat. Psychoanalytische Therapeutinnen und Therapeuten sind deshalb weder unnahbar oder distanziert, noch verhalten sie sich geschwätzig und aufdringlich. Das richtige Taktgefühl ist einer jener unspezifischen Faktoren in einer therapeutischen Beziehung, die äußerst hilfreich und unerläßlich für alles andere, aber nicht leicht zu beschreiben sind.

Die Vielfalt psychoanalytischer Therapien

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien werden definiert als

„Verfahren, bei denen die unbewußt wirkende Dynamik aktuell wirksamer neurotischer Konflikte unter Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand behandelt werden. Eine Konzentration des therapeutischen Prozesses wird durch eine Begrenzung des Behandlungszieles, durch vorwiegend konfliktzentriertes Vorgehen und durch Einschränkung regressiver Prozesse angestrebt“.

Analytische Psychotherapie im engeren Sinne umfaßt 'jene Therapieformen, die zusammen mit der neurotischen Symptomatik den neurotischen Konfliktstoff und die zugrundeliegende neurotische Struktur der Patienten behandeln und dabei das therapeutische Geschehen mit Hilfe der Übertragungs- und Widerstandsanalyse unter Nutzung regressiver Prozesse in Gang setzen und fördern' - so heißt es in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie. Die Förderung und Nutzung der Regression gehören zu den Gründen für die längere Dauer der Behandlung. Die Behandlung ist im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung auf eine Frequenz von drei Wochenstunden begrenzt, phasenweise und bei spezifischer Indikation ist aber eine Erhöhung der Wochenstundenfrequenz möglich.

Daß der Patient auf der Couch liegt, der Analytiker hinter ihm sitzt und wenig spricht – das ist die am meisten verbreitete Vorstellung von Psychoanalyse. Die Gründe für dieses besondere Arrangement sind nicht so sehr bekannt. Der Patient braucht sich nicht ständig mit den Reaktionen eines Gegenüber zu beschäftigen, vielmehr kann er den Blick auf sich selbst richten und durch diese Hinwendung zu sich selbst wird das Auftauchen unbewußter Konflikte und Beziehungsmuster gefördert. Dieses Auftauchen ist nötig, denn Konflikte sind ja nur solange krankheitsverursachend, als sie unbewußt sind und die Auseinandersetzung mit ihnen gemieden wird.

Nicht alle Patienten benötigen diese Behandlungsform, für die bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein müssen. Ein Teil der oben beschriebenen psychoanalytischen Behandlungsmethoden findet im Sitzen statt. Wenn lediglich *ein* bestimmter Konflikt in den Fokus der gemeinsamen therapeutischen Arbeit gerückt wird, genügt die Anwendung der so bezeichneten „Fokalthherapie“. Bei anderen sitzend ausgeübten tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien werden mehrere Konflikte bearbeitet. Das Gemeinsame der psychoanalytischen Behandlungsmethoden ist nicht – wie oft geglaubt wird – der äußere Rahmen, sondern ein gemeinsames Krankheitsmodell und die darauf beruhende innere Einstellung, die Empathie und Suchbewegung des Analytikers, die unter ganz bestimmten Bedingungen angewandt werden kann.

Das gilt z.B. auch für

- die analytische Gruppentherapie,
- Paar- und Familientherapie sowie
- stationäre Behandlungsformen auf psychoanalytischer Basis.

Gruppentherapie sowie die Hinzuziehung der Partner oder der Familie sind im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung möglich. Diese Verfahren haben gemeinsam, daß mehrere Personen gleichzeitig behandelt oder mitbehandelt werden.

Kleine kasuistische Illustrationen

Wir schildern nacheinander zur besseren Anschaulichkeit zwei kleine Episoden:

Eine Patientin wird von ihrer Hausärztin zur Psychoanalyse geschickt, weil es vielleicht in ihrer Lebensgeschichte noch etwas gibt, das aufgedeckt werden sollte, damit ihre hartnäckigen Kopfschmerzen verschwinden. Selbstverständlich sind organische Ursachen der Kopfschmerzen vorher ausgeschlossen worden. Die Patientin leidet an einem nicht gerade seltenen Symptom und hier kann Psychoanalyse helfen.

Allerdings wäre die Vorstellung von einem einzigen traumatischen Erlebnis in der Kindheit als Schlüssel einer Erkrankung ein wenig naiv. Diese Vorstellung hat der berühmte Regisseur Alfred Hitchcock in Filmen wie „Vertigo“ populär gemacht, aber sie entspricht meist nicht den psychologischen Tatsachen.

Es ist nur selten der Fall, daß nur eine einzige bestimmte Erinnerung als eine Art psychologisches Leitthema immer wieder in der Behandlung auftaucht. Wenn es sich jedoch so verhält, bietet sich an, das Leitthema in den Brennpunkt („Fokus“) der gemeinsamen Aufmerksamkeit von Therapeut und Patientin zu rücken; man kann dann erwarten, daß die Bearbeitung dieses Fokus hilfreiche Entlastung und wesentliche Besserung der Symptomatik erbringen wird.

Bei dieser Patientin, die aus einem kargen und strengen Elternhaus stammte, war dies z.B. ihre strenge Pflichtauffassung und das Gefühl, sie dürfe niemanden im Stich lassen. Die über Jahre entstandene innere Haltung – Haltung ist ein Wort aus dem Bereich des Körpers und zeigte bei ihr auch körperlich eine „harte“, verhärtete Körperhaltung an - im Sinne eines besonders strengen, aber eben unbewußt wirkenden Gewissens führte zu einem chronischen Überforderungssyndrom, das sich in ihren Kopfschmerzen äußerte. Im übertragenen Sinne leidet sie in körperlicher Verkrampfung unter dem Joch der von den Eltern übernommenen Pflichtvorstellungen und neigt dazu, sich immer zuviel auf die Schultern zu laden. Bei dieser Patientin ist eine Behandlung, in der ihr strenges Gewissen als Behandlungsschwerpunkt ausgewählt und mit ihren Symptomen in Verbindung gebracht wird, d.h. eine Fokaltherapie, ausreichend. Eine solche Behandlung umfaßt etwa 30 bis 50 Sitzungen. Eine Aufarbeitung der Kindheitsgeschichte ist nur im Zusammenhang mit der Gewissenbildung erforderlich. Damit wird eine Entspannung, sogar eine körperliche Entkrampfung erreicht, die zu einer Linderung des Kopfschmerzes führt.

Bei dem zweiten Beispiel handelte es sich um eine junge Frau, die anfänglich bestürzt war, als ihr eine längerdauernde analytische Psychotherapie empfohlen wurde. Sie glaubte nämlich, daß es mit ihr ganz

besonders schlimm stehen müsse, wenn es soviel sein sollte. Die richtige Behandlungsempfehlung kann manchmal auch zu einer Art Schock führen – das ist in der ganzen Medizin möglich und deshalb ist auch hier Fingerspitzengefühl und Takt notwendig.

Diese Patientin hatte sehr früh beide Eltern verloren und lernen müssen, sich allein durchzuschlagen. Härte im Umgang mit sich selbst hatten ihr die Verarbeitung ihrer Trauer und ihrer Trennungsängste unmöglich gemacht. Schwäche konnte sie bei sich und anderen nur tolerieren, wenn es sich um Krankheiten handelte, die ärztlicher Behandlung bedurften, von denen sie viele ihrem Arzt vorführte. Selten konnten organische Gründe gefunden werden; die Behandlung erreichte einen ersten Erfolg, als die Patientin – paradoxerweise – die unendliche Traurigkeit hinter all dem fühlen konnte, als sie sich erlauben konnte, deprimiert und niedergeschlagen und nicht nur „krank“ zu sein. Um sich nicht mehr andauernd von den Leistungen des Gesundheitssystems versorgen lassen zu müssen, mußte sie erst zeitweilig buchstäblich deprimiert werden, um sich dann von ihrer Trauer endlich wirklich erholen zu können.

In knappen Worten zusammengefaßt mußte verstanden werden, daß die Patientin immer dann depressiv wurde, wenn sie besonders befriedigende Beziehungen hatte – als ob sie, im Sinne der Bildung einer *Beziehungserwartung* nach der *Beziehungserfahrung* des Elternverlusts immer schon den Verlust vorwegnahme. Diese paradox scheinende Reaktion läßt sich verstehen, wenn man die Nachwirkungen der Vergangenheit wie z.B. große Ängste vor Abhängigkeit bei gleichzeitigen Wünschen nach Schutz und Geborgenheit aufdecken kann. Wenn sie nämlich die gesuchte Sicherheit erfuhr, wurde gleichzeitig die Angst mobilisiert, daß sie wieder verlassen werden könnte. Und mit der Angst kam die verdrängte Trauer und Verzweiflung.

Die Aufarbeitung der Vergangenheit, allerdings nicht nur der frühen Kindheit, sondern auch der Adoleszenz, spielt deshalb eine große Rolle bei analytischen Therapieverfahren. Die Beschäftigung mit der Vergangenheit ist jedoch nie Selbstzweck, sondern zielt darauf, die Gegenwart und die Symptomentstehung im Lichte der Auswirkungen der Vergangenheit besser zu verstehen.

Man könnte sagen: derjenige Teil der Psyche, der vollkommen von der Vergangenheit in Anspruch genommen und deshalb auch von ihr vollkommen bestimmt ist, hat auch keine Zukunft, weil die Vergangenheit alles bestimmt. Und wo keine Zukunft ist, ist auch keine Gegenwart. Die Vergangenheit muß deshalb erst Gegenwart werden in der therapeutischen Beziehung. Alte ungelöste Konflikte und Beziehungsmuster werden hier noch einmal neu erlebt. Um diese Übertragungen zu entdecken und zu entschlüsseln, stellt der Analytiker seine Empfindungen und seinen Phantasieraum zur Verfügung. Er versucht, sich in den Patienten

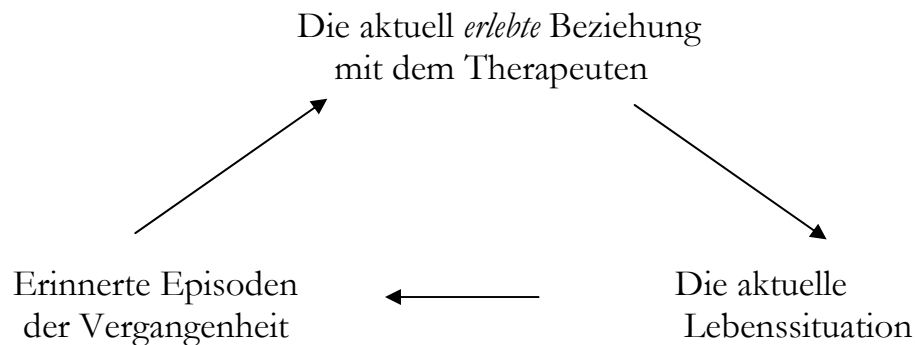
hineinzuversetzen: wie war er als Kind, wie war seine Umgebung, was bedeutet das für seine heutige Weltsicht. Der Patient kann dann Schritt für Schritt merken, wie sehr er die aktuelle Gegenwart von den Erfahrungen der Vergangenheit bestimmt sein läßt, wie sehr also die Gegenwart von der Vergangenheit überschattet und verdeckt war. Wo er das merkt, teilt sich die Zeit in Vergangenheit und Zukunft auf. Er beginnt, mehr und mehr in der Gegenwart zu leben – natürlich nicht ohne Konflikte, aber ohne Symptome und mit neu gewonnener Zukunft.

Dadurch, daß der Patient ermutigt wird, alles zu sagen, was ihm durch den Sinn geht, werden die üblichen Regeln der Kommunikation zumindest abgeschwächt. Es zeigen sich Gefühle, die normalerweise nicht an die Oberfläche des Bewußtseins dringen, z.B. Mißtrauen, Wut, Scham, Angst und auch wie damit umgegangen wird. So kann z.B. Wut aus Angst vor Bestrafung zu Unterwürfigkeit oder depressiven Schuldgefühlen führen. Phobische Menschen, die Angst intensiv erleben, beginnen plötzlich zu fühlen, daß sie auch eine gewaltige Wut auf andere Menschen haben, eine Wut, vor der sie Angst hatten. Wenn Patienten diese Zusammenhänge erkennen, haben sie die Möglichkeit, ihre Konfliktlösungsstrategien vor dem Hintergrund der persönlichen Lebensgeschichte zu erkennen und zu verändern.

Lange Zeit galt der Therapeut als neutraler Beobachter dieser sich gleichsam naturwüchsig entwickelnden Reinszenierungen. Seine Aufgabe sah man darin, zu deuten, d.h. den Unterschied zwischen Vergangenheit und Gegenwart aufzuzeigen und den Patienten dazu zu bringen, seine aus der Vergangenheit stammenden Wünsche aufzugeben. Im Gegensatz dazu betrachtet die moderne Psychoanalyse den Therapeuten als aktiven Teilnehmer, der dem Patienten hilft, die in der Übertragung auftauchenden Wünsche und Phantasien nicht etwa aufzugeben, sondern in ihrer Bedeutung für das Hier und Jetzt zu akzeptieren: Nicht nur Rekonstruktion der Vergangenheit, sondern sinnstiftende Konstruktion der Gegenwart ist das globale Behandlungsziel. Wichtig ist, daß der Therapeut sich mit seiner Person der Beziehung und der Wahrnehmung durch den Patienten stellt. Die Übertragungen des Patienten kann man dann als unbewußtes Probehandeln auf der Suche nach neuen Lösungsmöglichkeiten verstehen.

Einsicht ist das zentrale Werkzeug in der psychoanalytischen Psychotherapie; es besteht nach allem Gesagten aus drei Komponenten; sie zeigt das folgende ...

... Dreieck der Einsicht



Das Dreieck zeigt, wie die Aufmerksamkeit des Psychoanalytikers zwischen drei Ebenen hin und her pendelt, um den jeweils krankheitsrelevanten Fokus in der Behandlung aufzuspüren. Er sucht nach der aktuellen Beziehung, d.h. der Übertragung in der Behandlung und achtet auf die aus der Kindheit und aus der derzeitigen Lebenssituation berichteten Beziehungsmuster. Seine Aufmerksamkeit gilt insbesondere affektiv bedeutsamen Ereignissen und Beziehungsmustern. Dabei berücksichtigt er die verbalen Mitteilungen, aber auch Mimik und Körperhaltung sowie die bei ihm selbst auftauchenden Gefühle. Dieser Dreiklang eröffnet einen Zugang zu abgewehrten Konflikten und gestörten Beziehungsmustern als Ursache von Krankheiten. Sie werden dem Patienten durch eine taktvolle und wertfreie Deutung mitgeteilt. Die Tatsache, daß Konflikte in der Beziehung zum Psychoanalytiker wiedererlebt werden, ermöglicht einen gefühlhaften, tief erlebten und nicht nur verstandesmäßigen Zugang und in der Folge das Erproben neuer Verhaltensweisen in der therapeutischen Beziehung.

Es geht also nicht, wie oft angenommen wird, ausschließlich um die Aufarbeitung von Vergangenem, sondern auch und gerade um einen Neubeginn für die Zukunft.

Gibt es Forschungen zur Psychoanalyse?

Immer wieder wird behauptet, psychoanalytische Psychotherapie sei nicht erforscht. Dies ist jedoch nicht der Fall. Die Einführung der analytischen Therapieverfahren in die vertragsärztliche Versorgung erfolgte nicht im Blindflug, sondern - wie oben dargestellt - erst nachdem ihre Wirksamkeit empirisch nachgewiesen wurde.

Psychotherapie hilft – das ist der größte Konsens, den die Psychotherapieforscher mittlerweile gefunden haben. Sie ist nachgewiesenermaßen wirksam bei der Behandlung vielfältiger Störungen. Welches im einzelnen die Wirkkomponenten sind, ist umstritten. Klar ist

jedoch: es ist nicht die „Technik“, die den therapeutischen Erfolg bewirkt! Unter „Technik“ sind so spezielle Anwendungen wie beispielsweise die systematische Desensibilisierung in der Verhaltenstherapie oder das EMDR zu verstehen. Die Überblicksarbeiten des Amerikaners Michael Lambert (1992, Lambert und Bergin 1994), die bis heute nicht widersprochen sind, zeigen:

„Technik“ erklärt nur 15% der Varianz des „outcome“ einer Behandlung. Eine „gute Beziehung“ zwischen Therapeut und Patient, also deren Kooperation, erklärt 40% des Ergebnisses, ein großer Teil des Erfolges geht auf die Fähigkeiten von Therapeuten zurück, die ganz andere Qualitäten aufweisen: einen milden Optimismus beispielsweise und ein kleiner Erfolgsanteil beruht auf glücklichen Umständen, die nicht durch Therapie bewirkt werden, etwa wenn ein Patient einen freundlicheren Vorgesetzten bekommt.

Bei der Diskussion über „Technik“ werden wesentliche Fragestellungen des therapeutischen Alltags übersehen. Dort finden sich immer wieder jene Patienten ein, die noch gar nicht wissen, ob sie eine Therapie wollen oder brauchen. Sie sind überwiesen oder irgendjemand in ihrer Umwelt meint, sie brauchen eine Therapie. Würde der Therapeut ihnen mit „Technik“ begegnen, würden diese Patienten sich zu recht unter „Veränderungsdruck“ gesetzt fühlen. Diesem Druck würden sie mit Widerstand begegnen. Dessen Ergebnis wäre: sie würden sich nicht ändern. Tatsächlich bemühen sich erfahrene Psychotherapeuten deshalb zunächst um das, was in alter Sprache „Rapport“ hieß und erst, wenn der Patient sich seinerseits ändern möchte, bieten sie behutsam eine „Technik“ an – das ist der Grund, weshalb „Beziehung“ der soviel wichtigere Faktor ist. Ein nicht-psychoanalytischer Forscher, Prochaska (1995) hat diese Zusammenhänge ermittelt und sogar herausgefunden, daß der entscheidende Schritt der ist, einen „Problembesitzer“ dazu zu bringen, daß er auch *akzeptiert*, ein Problem zu besitzen. Wenn dieser Schritt gelingt, so zeigt Prochaska in vielen weiteren Studien, gibt es eine beinahe 100%-ige Chance, einen Behandlungserfolg sicher vorherzusagen. Wer aber „Technik“ frühzeitig einsetzt und alles darauf setzt, verliert nicht nur den möglichen Behandlungserfolg, sondern auch seinen Patienten.

Tatsächlich haben Psychoanalytiker immer Wert auf die Beziehung gelegt und anerkannt, daß hier die entscheidenden therapeutischen Ressourcen versteckt sind. Und sie haben deshalb, wie hier beschrieben, seit vielen Jahren eine eigene „Objektbeziehungstheorie“ entwickelt und therapeutisch zu nutzen gelehrt.

Die Behauptung, es gäbe keine psychoanalytische Forschung, ist falsch!

Seit den dreißiger Jahren haben Psychoanalytiker es unternommen, ihre Behandlungen wissenschaftlich zu untersuchen, Psychoanalytiker waren diejenigen, die die ersten großen Studien in den USA initiiert haben, Psychoanalytiker waren von Anfang an als Gründungsmitglieder bei der „Society of Psychotherapy Research“ (SPR) dabei, jener Gesellschaft, die weltweit als der renommierteste Zusammenschluß der Psychotherapieforscher betrachtet wird. Sie haben auch anerkannt, wenn Befunde zustande kamen, die ihren eigenen Theorien widersprachen (z.B. Wallerstein 1990). Und Forscher (Wallerstein 1995) sprechen davon, daß derzeit die vierte Generation psychoanalytischer Psychotherapieforschung beginne.

Dem Streit um das angebliche Forschungsdefizit psychoanalytischer Psychotherapien liegen tiefgreifende Differenzen der Bewertung von Wissenschaftlichkeit in der Psychotherapieforschung zugrunde (vgl. Symposium der Arbeitsgemeinschaft Psychotherapie in Köln am 7.5.98), die bis heute nicht aufgelöst werden konnten¹. Diese Meinungsunterschiede bewirken, daß von manchen eine umstrittene Auswahl getroffen wird, die dazu führt, daß nur bestimmte Forschungsprojekte in metaanalytische Untersuchungen einbezogen werden (und damit als wissenschaftlich gelten). Diese Tatsache der selektiven Wahrnehmung ist sogar selbst empirisch untersucht worden. Der ehemalige Vorsitzende der SPR, William B. Stiles (1993), berichtet aus der vergleichenden Psychotherapieforschung, daß man die Ergebnisse von Studien vorhersagen könne – wenn man die Vorlieben der jeweiligen Forscher aus den einleitenden Bemerkungen zu den Studien oder aus anderen Veröffentlichungen kennt. Für Stiles ist das ein ernstes Problem. Auch Leichsenring (1996) dokumentiert es als einen wohlbekanntem Umstand in der vergleichenden Psychotherapieforschung, daß diejenigen Methoden als erfolgreicher nachgewiesen werden, denen die Forscher sowieso den Vorrang geben!

Die genannten Autoren machen auch darauf aufmerksam, daß die Forschungsmethodik – also v.a. die Verwendung von Fragebögen, mit denen äußerlich sichtbares Verhalten und dessen Veränderung beschrieben wird – die behavioralen Methoden einseitig bevorzugt. Zudem gibt es mit den allermeisten der sog. randomisierten Studien eine Menge sehr ernster Probleme, die die therapeutische Praxis und den Alltag betreffen.

Randomisierte klinische Studien haben praktische Grenzen

Ihre Aussagekraft für die klinische Praxis ist sehr geschmälert:

¹ Literaturangaben unter www.dgpt.de oder bei den Verfassern.

- 1.** Sie sind zu kurzzeitig angelegt. Meist zeigt sich nach längeren Katamnesezeiträumen, daß der mit kurzen Behandlungen erreichte Therapieerfolg nicht stabil ist; Silberschatz (1996), ein Mitarbeiter der Mount-Zion-Forschungsgruppe hat das kürzlich selbstkritisch gegenüber eigenen früheren Untersuchungen, zugestanden.
- 2.** die Patientenzahl ist klein und nach strengen Kriterien ausgelesen. Um als „empirically supported“ zu gelten, genügte es nach den Kriterien der APA, daß nur 9 (neun!) Patienten in einer Studie aufgenommen waren. Sie mußten zudem an genau jener Störung leiden, für die die „Technik“ konzipiert war – und an keiner anderen! Wo aber, fragen Forscher wie Henry (1998) sehr nüchtern, gibt es eigentlich Patienten, die nur an einer vereinzelt Spinnenphobie leiden – und an sonst nichts? Ist nicht der therapeutische Alltag voll von jenen Patienten, die eine multiple Symptomatik aufweisen, für die es in der Praxis entwickelte Behandlungsmethoden gibt, die nun nicht mehr angewandt werden dürften? Henry (1998) ist in seiner Kritik sehr scharf und meint, hier handle es sich eindeutig um „Pseudo-Science“!
- 3.** entsprechend schmal ist die Chance, auch seltene Ereignisse zu erfassen. Standardisierte Methoden können nur erfassen, wofür sie entwickelt worden sind. Störungen, die ein guter Kliniker erkennen würde und behandeln könnte, werden übersehen. Hier kommt man zu falsch negativen Befunden, den Patienten werden mögliche Behandlungen vorenthalten.
- 4.** gemessen werden mit standardisierten Fragebögen leicht zu erhebende, nicht immer patientennahe Indikatoren; und umgekehrt weiß man längst, daß man immer mehr Störungen abbildet, je mehr Fragebögen oder andere Untersuchungen man anwendet. Je länger man untersucht, desto sicherer findet man irgendeine Störung (Hayes-Effekt). Das verursacht unnötige Kosten. Hier kommt man zu falsch positiven Befunden.
- 5.** Die Behandlung erfolgt unter enger Supervision nach einem Behandlungsmanual, dessen Einhaltung obligat ist; gerade die Manualisierung ist aber nicht unumstritten (vgl. die Beiträge in Talley et al. 1994). Zumindest besteht die Gefahr, daß die individuellen Probleme des Patienten zugunsten einer mechanistischen Anwendung von „Technik“ zurückstehen. Zwar können Behandlungsmanuale in der Ausbildung von Therapeuten von Nutzen sein, da sie die wesentlichen Grundzüge einer Behandlung hervorheben. Sind diese aber erst einmal zur eigenen Sache gemacht, tritt die Bedeutung von Manualen eindeutig zugunsten wachsender klinischer Erfahrung des Therapeuten zurück. Der Jurist Ulsenheimer (1998) weist deshalb darauf hin, daß eine starre Anlehnung an Leitlinien zu einer „Defensiv-Medizin“ führe, in der der

Behandler sich zwar auf die „richtige“ Seite bringe, aber seine persönliche Verantwortung zu verringern suche. Sie aber ist in der Psychotherapie unverzichtbar.

6. Festgelegte Behandlungsdauern, wie sie in vielen empirischen Studien der Vergleichbarkeit halber vorgegeben werden müssen, bilden die seit Jahrzehnten erprobte Praxis nicht ab. Sie schaden vielmehr den Patienten, denen sie Behandlungen vorenthalten, die zum Erfolg führen
7. Randomisierte Studien, soweit sie zur Entscheidungsgrundlage für die Anerkennung von Therapieformen werden, werfen nicht geringe ethische Probleme auf. Ihre mangelnde Berücksichtigung der Präferenzen von Patienten im Verlauf und Ergebnis schränkt die Autonomie der Patienten in nicht vertretbarer Weise ein, etwa wenn ihnen ein Therapeut – gegen ihre Wahl – per Zufall zugewiesen wird oder sie auf eine Warteliste verbannt werden, um dem Untersuchungs-Design Genüge zu tun.

Zusammengefaßt: Randomisierte Studien sind artifiziell, ethisch problematisch, riskieren falsche Befunde und sagen wenig über den therapeutischen Alltag aus.

Naturalistische Studien lösen manche Probleme

Der therapeutische Alltag wird wesentlich besser durch sogenannte naturalistische Studien erfaßt:

Sie ermöglichen einen ausreichenden Zeitraum für katamnestiche Nachuntersuchungen. Auf deren Notwendigkeit haben wir schon mehrfach hingewiesen.

Sie spiegeln die Alltagsrealität wieder: Patienten erscheinen im therapeutischen Alltag mit unterschiedlichen Symptomkombinationen; es gibt praktisch keine Beschränkung auf monosymptomatische Störungen. Deshalb sind Studien, die die Beseitigung von nur einem einzelnen Symptom („Spinnenphobie“) untersuchen, praxisfremd; während die Praxis für die vielen Patienten mit einer bunten Vielfalt von Beschwerden hilfreiche Methoden entwickeln konnte.

Patienten werden für naturalistische Studien nicht rekrutiert, also per Zufall oder per Untersuchungsdesign einer Behandlung einfach zugewiesen, sondern nach klinischen Erfordernissen und individuellen Möglichkeiten an Behandler überwiesen

Das ermöglicht eine an den Bedürfnissen des Patienten orientierte flexible Behandlungsführung und -dauer, somit keine absolute Festlegung durch Manuale und gestattet eine individuelle Berücksichtigung des Patienten.

Solche Studien gibt es bisher, auch wenn es immer noch nur wenige sind. Bekannt sind

- die „Berliner Psychotherapiestudie“ (Rudolf et al 1988),
- die große Zahl amerikanischer Studien (Überblick bei Bachrach 1991),
- die Amsterdamer PEP-Studie,
- die Oslo-Studie zum Zusammenhang zwischen Prozeß und Ergebnis in der Psychoanalyse,
- die Münchner Psychotherapie-Studie und
- die Heidelberger-Studie.

Die Ergebnisse (Leuzinger-Bohleber 1997) sprechen durchaus **für die therapeutische Praxis der Psychoanalyse**, wie sie seit Jahren

- in der Praxis erprobt
- theoretisch entwickelt
- supervisorisch reflektiert

worden ist.

Legt man die von der Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) für Evidence based Medicine entwickelten Evidenzgrade zugrunde, so findet man Untersuchungen zu psychoanalytischen Psychotherapieverfahren, die den „Härtegraden“ für empirische Studien IIa, IIb, III und IV entsprechen. Lediglich bei den Härtegraden Ia und Ib, deren Aussagekraft für die klinische Praxis äußerst umstritten ist, gibt es keine psychoanalytische Forschung, hingegen sind die psychodynamischen Verfahren im klinischen Bereich umfassend und mit nachgewiesener guter Wirksamkeit erforscht. Es ist dabei klar, daß naturalistische Studien nicht die „Härte“ von quasi-physikalischen Experimenten erreichen können; was gegen solche Studien eingewandt werden kann, haben wir zusammengetragen.

Abschließender Hinweis

Um weiter mit Ihnen im Gespräch zu bleiben, finden Sie unsere Anschriften auf dem Deckblatt. Wenn Sie weiterführende Literatur interessiert, können Sie die DGPT-homepage anklicken

www.dgpt.de

Dort finden Sie diesen Text und weitere Hinweise zum Thema. Sie können aber auch an die DGPT direkt eine Email schicken

Psa@dgpt.de

Literatur

- Bachrach, H. M. u.a. (1991): On the efficacy of psychoanalysis. J. Amer. Psychoanal. Assn. 39, 871-916
- Dührssen, A. u. Jorswieck, E. (1998): Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung. Nachdruck aus Nervenarzt 36, 166-169 (1965). Zsch. psychosom. Med. 44, 311-318
- Henry, W.P. (1998): Science, Politics and the Politics of Science: The Use and Misuse of Empirically Validated Treatment Research. Psychotherapy Research 8, 126-140
- Lambert, M.J. (1992): Psychotherapy Outcome Research: Implications for Integrative and Eclectic Theories. In: Norcross, J.C. u. Goldfried, M.R. (Hrsg.), Handbook of Psychotherapy Integration. Basic Books, New York
- Lambert, M.J. u. Bergin, A.E. (1994): The effectiveness of psychotherapy. In: Bergin, A.E. u. Garfield, S.L. (Hrsg.), Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (4th ed.). Wiley, New York
- Leichsenring, F. (1996): Zur Meta-Analyse von Grawe und Mitarbeitern. Gruppenpsychother. Gruppendynamik 32, 205-234
- Leuzinger-Bohleber, M. u. Stuhr, U.(Hg.) (1997): Psychoanalysen im Rückblick. Methoden, Ergebnisse und Perspektiven der neueren Katamneseforschung. Psychosozial, Giessen
- Prochaska, J.O. (1995): Common Problems: Common Solutions. Clinical Psychology: Science and Practice 2, 101-105
- Rudolf, G.;Grande, T. u. Porsch, U. (1988): Die Berliner Psychotherapiestudie ('Indikationsentscheidung und Therapierealisation in unterschiedlichen psychotherapeutischen Praxisfeldern'). Z.Psychosom.Med. 34, 2-18
- Rüger, B. (1994): Kritische Anmerkungen zu den statistischen Methoden in Grawe, Donati und Bernauer: "Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession". Zsch. psychosom. Med. 40, 368-383
- Seligman, M.E.P. (1995): The Effectiveness of Psychotherapy. The Consumer Reports Study. Amer. Psychol. 50, 965-974
- Stiles, W.B. (1993): Quality Control in Qualitative Research. Clin. Psychol. Rev. 13, 593-618
- Talley, P.F.;Strupp, H.H. u. Butler, S.E. (Eds.) (1994): Psychotherapy Research and Practice. Basic Books, New York
- Ulsenheimer, K. (1998): "Leitlinien, Richtlinien, Standards" - Risiko oder Chance für Arzt und Patient?. Arzt und Krankenhaus 5, 106-111
- Wallerstein, R. (1992): Psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy - Similarities and differences: Conceptual overview. J. Amer. Psychoanal. Assn. 40, 233-238
- Wallerstein, R. S. (1986): Forty-Two Lives in Treatment. A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy. The Guilford Press, New York
- Wallerstein, R. S. (1990): Zum Verhältnis von Psychoanalyse und Psychotherapie. Wiederaufnahme einer Diskussion. Psyche 44, 967-994
- Wallerstein, R. S. (1995): The Effectiveness of Psychotherapy and Psychoanalysis: Conceptual Issues and Empirical Work. In: Shapiro, T. u. Emde, R. N. (Hrsg.), Research in Psychoanalysis: Process, Development, Outcome. International Universities Press, Madison