

PSYCHO-NEWS-LETTER NR. 19

EIN KLEINER LITERATURRUNDFLUG

Im Auftrag der DGPT

von

Michael B. Buchholz

email: buchholz.mbb@t-online.de

Mitte April 2004

PSYCHOTHERAPIE – ÜBER, UNTER ODER NEBEN DER PSYCHOANALYSE?

Es ist noch nicht so sehr lange her, da konnte man auf psychoanalytischen Kongressen die folgende irritierende Erfahrung machen: Jemand stellte eine analytische Behandlung vor und die ersten Diskussionsbemerkungen stellten fest, hier habe es sich nicht um Analyse, sondern „nur“ um Psychotherapie gehandelt. Da der jeweilige Vortragende unter der Last dieses Anwurfs regelhaft in die Knie ging, kann man nicht anders als der Vermutung Ausdruck geben, daß „Psychoanalyse“ etwas war, daß weit oben positioniert wurde, *oberhalb* der Psychotherapie und dieser selbstverständlich *überlegen*. Spätestens seit dem Psychotherapeutengesetz von 1999 hat es hier eine Umkehrung gegeben. Als andere Therapien sich Einfluß verschafften, avancierte „Psychotherapie“ plötzlich zum *Oberbegriff* und „Psychoanalyse“ fand sich *unter* diesem Stichwort wieder, sie war eine Therapie – *neben* anderen geworden. Neuerdings nun gibt es eine Gruppe von Therapeuten, die sich verstärkt der „tiefenpsychologischen Psychotherapie“ (TP) zuwenden und hier ist nicht klar: gehört die TP *neben* die Psychoanalyse als eine weitere Variante „der“ Psychotherapien überhaupt? Oder ist sie eine Anwendung der Psychoanalyse (und damit eine Filialgeneration von ihr) oder ist sie vielleicht sogar der Psychoanaly-

se *überlegen* – in ihren Wirkungen und Effekten? Das alles hat natürlich nicht nur sachliche Einteilungsgründe, hier spielt ein erhebliches ökonomisches und Marktberichtigungsinteresse hinein. Aber zur Versachlichung kann man doch beizutragen versuchen.

Heftig und engagiert, v.a. aber gut begründet, macht **Cesar Garza-Guerrero** der Psychoanalyse hinsichtlich der Veraltetheit ihrer Ausbildungs- und Organisationsbedingungen im Int. J. of Psychoanalysis (Februar 2004) den Prozeß. Daß Status Argumente ersetzt und Loyalitätsbindung die Auseinandersetzung, ist nur einer der geringeren, aber scharf und pointiert vorgetragenen Kritikpunkte.

Va. bemängelt er den quasi-kirchlichen und damit weitgehend unwissenschaftlichen Zustand ihrer Organisation, wie es auch schon **Kernberg** in vielfachen Stellungnahmen getan hat. Interessant ist, daß **Garza-Guerrero** die internationale Überwachung durch die IPV äußerst kritisch sieht und für regionale Ausbildungsorganisationen in gegenseitiger Supervision plädiert. Immerhin also: man darf innerhalb der IPV gegen die Dominanz der IPV sich aussprechen.

Bemerkenswert ist nämlich, daß diese Kritik im führenden Journal der internationalen

Psychoanalyse erscheint und daß der Autor eine 12-Punkte-Liste von Forderungen erhebt; einer davon ist „the scientific exploration of convergences and divergences between psychoanalysis and psychotherapies“. Erfreulich ist, daß diese Forderung nicht etwa nutzlos nur erhoben wird - schon so manche Debatte um Innovation in der Psychoanalyse verpuffte ja wirkungslos. Diesmal kann diese Forderung nach wissenschaftlicher Exploration der Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Analysen und Therapien befriedigt werden – das ist ein guter Anfang. **Eglé Laufer** hat eine Erwiderung auf **Garza-Guerrero** verfasst, worin er diesem Autor ziemlich in allen Punkten widerspricht, nicht aber in diesem.

Es ist deshalb gut, wenn wir nun feststellen können, hier kann die geleistete wissenschaftliche Arbeit zur Klärung beitragen. Wer sich detailliert informieren möchte, kann im ersten Heft (2004) des „**Forum der Psychoanalyse**“ einen fabelhaften Überblick über weltweit sämtliche Studien zur Effektivität der Psychoanalyse, auch im Vergleich mit der Tiefenpsychologie finden. Dieser von der DGPT koordinierte Überblick ist nach Störungsbildern gegliedert, von kompetenten Autoren aus DGAP, DGIP, DGPM, DGPT, DPG, DPV und VAKJP zusammengestellt. Da aber selbst schon ein Überblick, versage ich mir hier ei-

ne Zusammenfassung der Zusammenfassungen und kann nur mit Nachdruck darauf hinweisen.

Weitsichtig und vorausschauend hatte die DGPT zur Klärung dieser Fragen schon 1993 eine empirische Studie in Auftrag gegeben, die unter der Federführung von **Gerd Rudolf** aus Heidelberg nun ihre ersten Ergebnisse zu publizieren begonnen hat. Die Positionierungsfragen werden sich daraus nicht abschließend beantworten lassen, aber es gibt neue empirische Befunde, die das Komplexitätsniveau der Diskussion erweitern und die in dem großen Überblick des „Forum der Psychoanalyse“ noch nicht berücksichtigt werden konnten. Sie werden auch international präsentiert und mit anderen Befunden verglichen. **Phil Richardson**, **Horst Kächele** und **Camilla Redlund** haben einen Band „Research on Psychoanalytic Psychotherapy with Adults“ (2004) herausgegeben, zu dem **Peter Fonagy** ein Vorwort beigesteuert hat. Darin sind Beiträge verschiedener Forschungsgruppen repräsentativ zusammengestellt, interessanterweise stammen von sieben Beiträgen vier aus Deutschland, was vielleicht zeigt, wie intensiv das Thema hierzulande beforscht wird. Ich stelle die Studien dar und lege den Akzent auf jene Befunde, die aussagekräftig zur TP-PsA-Frage beitragen.

DIE HEIDELBERG-BERLIN-STUDIE **Praxisstudie analytische Langzeittherapie (PAL)**

Das design dieser von der DGPT in Auftrag gegebenen Studie, die eine Riesenmenge organisatorischer Probleme bewältigen musste, sei kurz erinnert: Es ist naturalistisch an Langzeitpsychotherapien interessiert, über die Messung von Symptomverbesserung galt das Hauptaugenmerk der Veränderung seelischer Struktur bei den Patientinnen und Patienten. Darüber hinaus wollte man gesundheitsökonomisch einen Spareffekt nachweisen. Messzeitpunkte mit aufwendigen Instrumenten waren der Behandlungsbeginn und dann im Abstand von jeweils einem Vierteljahr bis zur Beendigung der Behandlung. Eine Ein- und 3-Jahres-Katamnese folgte. Beobachtet wurde mit Patientenselbsteinschätzungen, Einschätzun-

gen durch den Behandler, durch externe Untersucher (mittels OPD-Interview, Diagnosen, Fokusausswahl aus dem OPD-Befund, Heidelberger Umstrukturierungsskala HSKS). Untersucht wurden 32 Psychoanalysen (PA), 27 Psychotherapien (PT), drei Behandlungen liessen sich nicht eindeutig zuordnen, 9 Patienten brachen die Behandlung ab. Jeder Therapeut sollte in die Studie sowohl einen PA- und einen PT-Fall einbringen, um Therapeuteneffekte kontrollieren zu können.

Hinsichtlich sozioökonomischer Maße unterschieden sich PA- und PT-Patienten nicht. Auch hinsichtlich der OPD-Diagnosen oder der ICD-Persönlichkeitsdiagnose oder der Strukturni-

veaus: keine Unterschiede. Vergleichbarkeit also war gegeben. Als Ergebnis wird nun mitgeteilt, daß es hinsichtlich der Besserung keine Unterschiede zwischen PA und Pat gibt und die Effektstärken der PA etwa so hoch sind wie in anderen Studien ($>1,20$). Auch das Inanspruchnahmeverhalten gegenüber anderen medizinischen kassenfinanzierten Leistungen ging deutlich zurück (Zahl der Krankheitstage, Medikamentenverbrauch).

Das Bemerkenswerte an dieser Studie drücken die Autoren (**Grande, Rudolf, Oberbracht, Jakobsen, Keller**) in dem Band von **Richardson, Kächele und Renlund** so aus:

„We are convinced that the specific effects of psychoanalysis – which, as clinical experience shows, only materialize after long and intensive treatment – cannot be detected with the aid of conventional research instruments. These measuring instruments operate close to the surface, capturing above all symptomatic or behavioural characteristics, whereas from a psychoanalytic point of view the essential changes take place at the level of personality structure...“ (S. 36).

Für die Messung dieser Persönlichkeitsstrukturveränderung wird nun eine eigene Skala konstruiert, deren Präsentation das Ziel des Beitrags in diesem Band ist.

“Central to our investigation is the question of the specific quality of therapeutic change that takes place in intensive psychoanalytic treatment on the one hand, and in low-frequency psychodynamic therapy on the other. Our hypotheses is that there are qualitatively distinct forms of change that can be designated as ‘coping’ in the one instance and ‘structural change’ in the other. We assume that ‘structural changes’ are more likely to occur in psychoanalyses, whereas in low-frequency therapies there is a greater probability of encountering changes of a ‘coping’ kind”. (S. 37)

Hier ist also der Bezug zu der allgemein übergreifenden Frage nach der Differenz von PA und PT. Die Methode der Untersuchung, die nun zum Einsatz kommt, hat als Kernstück das OPD-Interview, das ich hier als bekannt voraussetzen muß, und die Umstrukturierungsskala HSKS. Man muß sich den immensen Aufwand vor Augen führen, der hier getrieben wurde. Allein die Auswertung des OPD-Interviews benötigt immense Zeit; es muß aufgenommen, von zwei ratern evaluiert werden und, was hier nun neu dazu

kommt: es wird ein Fokus formuliert. Dieser Fokus besteht aus

- a) einer individualisierten Formulierung eines zentralen konflikthafter Beziehungsmusters
- b) einer Bestimmung des zentralen Lebenskonflikts (Abhängigkeit/Autonomie, Selbstwert- oder Schuldkonflikt z.B.)
- c) einer Einschätzung der strukturellen Fähigkeiten, die in 6 Dimensionen beobachtet werden: 1. Die Erfahrung des Selbst (Selbstbeobachtung, -reflexion, Identität und Affektdifferenzierung), 2. Selbstregulierung (Affekttoleranz, Verleugnung und Antizipation), 3. Abwehr (intrapsychisch, Flexibilität), 4. Fähigkeit zur Objekterfahrung (Selbst-Objekt-Differenzierung, Empathie, objektbezogene Affekte), 5. Fähigkeit zur Kommunikation (Entschlüsselung der Gefühle anderer und eigener, Reziprozität), 6. Bindungsfähigkeit (Internalisierungen, Variabilität von Beziehungen).

Man sieht, eine breite Untersuchungsliste. Der therapeutische Wandel wird nun so definiert:

“In our study we do this by defining *change as restructuring in the sense of growing integration of specific problem areas that are of central significance for a patient’s psychodynamic*. We assume that for every patient it is possible to define a limited number of such specific problem that can be used to observe therapeutic change”. (S. 45 f.)

Für jeden Patienten werden dann 5 zentrale Probleme definiert (aus den OPD-Bereichen Beziehung, Konflikt und Struktur) und deren Veränderung bei den Messungszeitpunkten beobachtet.

Hinzu kommt nun die HSKS, eine Skala, die es in sich hat. Ihr Ursprung ist im Bereich der qualitativen Forschung angesiedelt, die Idee stammt wohl von **William B. Stiles**¹, ist hier aber wesentlich zu einem selbständigen Instrument verfeinert. Diese 7-stufige Skala können Kliniker sich zu eigen machen,

¹ Interessanterweise in einem von **Jörg Frommer** und **David L. Rennie** herausgegebenen Band „Qualitative Psychotherapy Research - Methods and Methodology“ (2001) publiziert, worauf ich hier deshalb hinweise, weil sich darin ein kleines Indiz erkennen lässt, daß die sog. Qualitative Forschung stillschweigend rezipiert und gewürdigt wird.

wenn sie sie als ein ausdifferenziertes Instrument des Übergangs von einer „paranoid-schizoiden“ zu einer „depressiven“ Position auffassen; zwischen diesen Bestimmungen lassen sich also durchaus klinisch nützliche Differenzierungen noch finden. Man könnte auch sagen, die Skala beschreibt das Maß an Verleugnung. Wie dem auch sei, es lassen sich gute interrater-Reliabilitäten damit erreichen.

Nun zeigt sich:

“No other scale of change in this study has a higher degree of correlation with the global outcome” (S. 50).

Daraus schließen die Autoren:

„These findings justify the conclusion that, taken in isolation, symptomatic changes do not suffice to capture what clinicians regard as therapeutic success” (S. 51).

Eine erste 6-Monats-follow-up-Studie an 39 Patienten dieser Untersuchung habe nun in der Tat gezeigt, daß Patienten ein zureichendes coping-Niveau für ihre Alltagsprobleme erreichen, wenn sie auf der HSKS einen level von wenigsten 3-4 erreichen; ein Problem muß wenigstens bemerkt und anerkannt sein.

Ein ausführliches Fallbeispiel zeigt dann, wie ein Patient mit diesen Instrumenten „vermessen“ wird. Dann wird festgehalten, daß eine „distinction between the effects of psychotherapies and psychoanalyses in terms of ideal types“ (S. 58) möglich sei. Der Coping-Modus der PT-Patienten erstreckt sich auf die Bereiche 3-5 der HSKS, die strukturelle Veränderung der PA-Patienten bewegt sich in den Bereichen 5-7 der HSKS.

“The spontaneous character of changes deriving from an analytic process is quite conceivably one feature that clearly distinguishes psychoanalyses from other forms of psychotherapeutic treatment

DIE MÜNCHNER PSYCHOTHERAPIE-STUDIE

Sehen wir einmal wie andere Studien Antworten auf diese Fragen zu finden versuchen. Die Münchner Studie von **Dorothea Huber** und **Günter Klug** sucht ebenfalls nach einer Möglichkeit, den besonderen Strukturwandel durch Psychoanalysen zu erfassen. Nachdem eine Reihe von Forschungsvorschlägen diskutiert und verworfen wurden, werden die „Scales of Psycho-

aiming at a specific therapeutic change either via a focusing or direct educative intervention” (S. 59).

Klar fügen die Autoren an, daß solche Veränderungen also wohl gemessen und auch PT oder PA zugeordnet werden können, aber diese Veränderungen sind nicht einer bestimmten „Technik“ zuzuordnen. Man kann sagen, diese Autoren unterscheiden einen Wandel Typ I (coping) von einem Wandel Typ II (strukturell) und können ihn aufgrund ihrer Daten der PT bzw. der PA zuordnen. Ich meine, die Stufen 1-2 der HSKS beschreiben, daß jemand zwar ein Problem besitzt, es aber weder akzeptiert noch gar anerkennt, was erst im Übergang ab der dritten Stufe erreicht wird. Ab der 5. Stufe dann kann von einer beginnenden Problemauflösung gesprochen werden, was ja in der Tat zur Voraussetzung hat, daß jemand ein Problem hat und es auch genug anerkennt, um sich damit zu beschäftigen.

PA hat dabei die höherrangigen Effekte, was ihren höheren Zeitverbrauch rechtfertigen dürfte. PA und PT sind dabei jedoch nicht hinsichtlich der Indikationsstellungen differenziert gewesen, weil sorgfältig darauf geachtet wurde, daß die Patienten hinsichtlich vieler Maße einander vergleichbar waren. Mit dieser Studie kann also nicht argumentiert werden, PT und PA seien für unterschiedliche Patienten zuständig. Nein, PA und PT erreichen bei Patienten der gleichen Sorte und bei den gleichen Therapeuten deutlich unterscheidbare Effekte! Wenn ich meine Ausgangsfrage nach den Positionsbestimmungen hier wieder aufgreife, dann wäre PT deutlich *unter* PA einzuordnen, PT wäre ein legitimes Kind der PA.

Die Heidelberger Umstrukturierungs-Skala (HSKS)

Die Grundidee ist, inwieweit ein Patient nicht nur Problembesitzer ist, sondern Problemakzeptanz zeigt und schließlich ein Problem auflösen kann.

(1) Auf einem ersten level zeigt er Nicht-Wahrnehmung des Fokusproblems, dem folgt (2) eine „ungewollte Beschäftigung“ damit, dann (3) eine „vage Fokusformulierung“.

Auf der nächsten Stufe beginnt dann der in einem engeren Sinne „behandelbare“ level (4) „Anerkennung und Erkundung des Fokus“.

Stufe (5) beschreibt mit „Auflösung alter Strukturen im Fokusbereich“ bereits therapeutischen Wandel, gefolgt von

(6) „Neustrukturierung im Fokusbereich“ und schließlich (7) „Auflösung des Fokus“.

logical Capacities“ (SPC) als den Anforderung angemessen eingestuft. Leitend wird auch hier die Frage nach den Differenzen in der Effektivität zwischen PA und PT. Dazu werden naturalistisch 30 PA und 30 PT-Patienten, die eine Depressionsdiagnose hatten, verglichen. Jede Sitzung wird audiografiert, Voraus-Einschätzungen durch externe Untersucher erfolgten mit mehrerlei Instrumenten. Nachuntersuchungen beginnen mit dem Therapieende und einem jährlichen follow-up, wiederum mit einer beeindruckenden Vielzahl von Instrumenten. Der strukturelle Wandel wird mit der SPC, individuelle Therapieziele mit dem „goal attainment-scaling“-Verfahren festgelegt. Dabei werden vor Behandlungsbeginn individuelle Therapieziele definiert und deren Erreichung bzw. Wandlung festgehalten.

SPC besteht aus 17 Dimensionen, die bei der Auswertung eines Interviews beobachtet werden (wie z.B. Apathie, „drudgery“ = Plackerei, Kohärenz usw.). Es zeigt sich nun in einer ersten Validitätsstudie, das dieses Instrument tatsächlich geeignet ist, das Urteil klinisch Erfahrener genau abzubilden. In einer zweiten Studie zeigt sich, daß die OPD-Diagnose mit dem SPC-Befund gut korreliert. Das Interessante ist:

“Seen from an economic point of view, our reliability study suggests that raters do not need to have psychoanalytic training and are doing sufficiently well with medium-range rater training”. (S. 80).

NEUES AUS STOCKHOLM

Ob Psychoanalyse und Psychotherapie „close family or mere neighbors“ seien, ist der Titel eines Beitrags in dem hier besprochenen Band. Der Beitrag stammt von **Johan Grant** und **Rolf Sandell**, Namen, die schon vielfach bewiesen haben, daß sie etwas von der Psychotherapieforschung und insbesondere von der Untersuchung von Psychoanalysen verstehen. Diese Autoren erinnern an den Befund aus der großen **Menninger**-Studie, wonach es kaum einen Unterschied zwischen PA und PT gebe, weder in „outcome“ noch in „process“ – auch in Psychoanalysen wird „gestützt“, werden Patienten „stabilisiert“ und nicht nur „gedeutet“. Und hinsichtlich der Ergebnisse musste Wallerst-

SPC misst also nicht symptomatische Verbesserung, sondern tatsächlich Strukturwandel und der kann von nicht-psychoanalytischen ratern mit diesem Instrument wahrgenommen werden – das ist ein nicht unwichtiger Nachweis. Unklarheit freilich verbreitet der Schlusssatz der Autoren:

“Although there is still much work to be done to establish other psychometric qualities – above all, sensitivity to change – there is already substantial evidence that researchers have available an instrument that measures psychic structure, which is a first step towards the measurement of structural change, the mode-specific effect of psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy” (S. 80)

Das klingt, als würden PT und PA gleichermaßen strukturelle Veränderungen bewirken, obwohl Ziel der Studie die Ermittlung von Unterschieden war. Nun kann es sein, daß dieses Ziel einfach nicht erreicht wurde, aber hier in diesem Beitrag wird nichts über Differenzen mitgeteilt, wohl aber darüber, daß jetzt neben der HSKS auch noch über ein weiteres Instrument zur Messung von strukturellem Wandel verfügen, das auch von nicht-psychoanalytischen ratern eingesetzt werden könnte. Welcher Art psychoanalytischer Wandel sei, wird damit der Mystifizierung entzogen, man muß kein Psychoanalytiker sein, um diesen durch eine Psychoanalyse bewirkten Wandel wahrnehmen zu können. Das ist kein schlechter Befund!

ein 1989 feststellen, sei die Differenz nicht da. Wie bei der deutschen DGPT-Studie wurde 1993 zum Jahr, in dem das „Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis“ (STOPP)-Projekt aus der Taufe gehoben wurde.

“The main purpose was to study which people, under what circumstances, seek psychoanalysis or psychoanalytic psychotherapy and what benefits they were able to derive from their treatments” (S. 84),

wird als Ziel formuliert. Die fast 1200 Patienten konnten sich, dem naturalistischen design entsprechend, ihre Therapeuten frei wählen. Ihre Diagnosen wurden mit Studienteilnahme von externen ratern bestimmt. Zwei postalisch versandte Fragebö-

gen wurden verwendet. Der Well-being Questionnaire (WbQ) wurde an die Patienten, der "Therapeutic Identity"-Fragebogen (ThId) an die Therapeuten versandt. Hinzu kamen Erhebungen mit dem veränderungs-sensitiven SCL-90 und andere Instrumente. Hier wird über Ergebnisse an 331 Patienten berichtet, die in langfristiger PT waren und über weitere 74 Patienten, die PA erhielten. Nur Therapeuten über 65 Jahre zögerten, die ihnen übersandten Fragebögen zurückzusenden.

Es zeigte sich, daß die Patienten

„were quite vulnerable and often highly distressed, with long reported histories of suffering and histories of psychiatric (mainly outpatient) care and use of psychoactive drugs. The typical patient had had psychiatric problems for more than five years, and the most frequent symptom was feelings of self-blame and stress for not having things done properly or on time“. (S. 88)

Sozioökonomische Faktoren freilich unterscheiden zwischen denen, die PT und denen, die PA aufsuchen, weit stärker als psychiatrische Kriterien: Je höher der soziale Status, desto wahrscheinlicher PA.

“One may only speculate on why this is the case. In general, highly educated people, especially in the social, educational, and health-care sectors or in the humanities, are familiar with, and take an active interest in, psychoanalytic thinking.“ (S. 90)

Aber hier werden nicht Leute, „denen es eigentlich gut geht“ behandelt.

“The ‘worried-well’ accusation does really not seem to be fair. Our interpretation is that it is the ‘burnt-out’ and distressed professionals who seek therapy rather than bored housewives and artists looking for a pastime. A majority of them have tried different treatments, including drugs, before entering long-term treatment. Also, many had earlier tried other types of – usually less intensive – psychotherapy. A related question of great interest is whether retakes or new treatment are made less probable by long-term treatments? In fact, some of our findings suggest that this may, indeed, be the case“.

Auch wenn es, aufgrund des naturalistischen Designs zu Problemen bezüglich des Befragungszeitpunkts kommt (einige sind schon länger in Behandlung, während andere gerade beginnen), stellen die Autoren fest, daß PA- und PT-Patienten hier gleiche symptomatische Levels hatten und beide besserten sich in vergleichbarer Weise. Aber:

“However, after treatment termination the analysands continued progressively to improve,

whereas the mean outcome flattened out asymptotically after psychotherapy“ (S. 93)

Ein solcher Befund scheint mit dem der DGPT-Studie kompatibel, auch hier fand man unterschiedliche Arten des Wandels. Die im STOPP-Projekt festgestellten Effektsstärken bestätigen diese Differenz: 0,59 für Psychotherapie (0,80 gilt als zu erwartender Durchschnitt), und 1,55 bei Psychoanalysen. Das ist ein klarer Sieg nach Punkten für die Psychoanalyse, zumal statistische Regressionsanalysen belegen, dieser Sieg kann nicht damit erklärt werden, hier hätten die Patienten schon auf „höherem“ Niveau begonnen, also einfach bessere Startbedingungen gehabt. Auch Frequenz oder Zeitdauer *allein* erklären diesen Effekt statistisch nicht, wohl aber, wenn man sie miteinander kombiniert. Höhere Frequenz *und* längere Behandlungszeiträume bringen also nach dieser Studie nicht nur etwas, sondern erheblich mehr, nämlich fast das Dreifache der Effektstärke.

Nun gehen die Autoren der Frage nach, ob und inwieweit denn auch wirklich Psychoanalyse drin war, wenn Psychoanalyse drauf stand – wurde Psychoanalyse betrieben, tatsächlich? Als Teil des ThId wurde ein Fragebogen zu den therapeutischen Einstellungen (Therapeutic Attitudes Scale, TASC) konstruiert und an die Therapeuten versandt. Das Problem, das mit dieser Art der Ermittlung, ob Psychoanalyse stattfand, ist den Autoren wohl bewußt:

“If we think of the consulting-room as a therapeutic ‘black box’, one could say that we have not been able hear exactly what they are saying in it, but we can hear the tone of their voices“ (96)

Der TASC besteht aus drei Subskalen, die „kurative Faktoren“, den „therapeutischen Stil“ und „basic assumptions“ zu beurteilen erlauben. So kann man annähernd die Schulzugehörigkeit von Therapeuten anhand von deren Selbstbeurteilung einschätzen. Dabei zeigt sich dann, daß PT offenbar eher in einem Milieu und in einer therapeutischen Atmosphäre durchgeführt wird, „that was more similar to what we had found characteristic of behavioural and cognitive therapists“ (97). Relativierend aber fügen die Autoren an, daß weder PT noch PA ein einheitlicher „technical approach“ (98) sei.

Das Problem mit dieser Fragebogenermittlung der angewandten Therapie bleibt:

“Therapists will vary in a number of other respects that we assume will make an essential difference in the treatment office. This is news, we believe. If we characterize the treatments on the basis of the therapist’s cluster membership, there was a minority (30%) of eclectically orientated psychoanalyses (and hence 70% were classically psychoanalytic). Among the psychotherapies, there was a more even distribution of treatments in an orthodox psychoanalytic vein (43%), or in a more eclectic way (57%), with attitudes more characteristic of cognitive and cognitive-behavioural therapies” (S. 98f.)

Gibt es nun irgendwelche Beziehung zwischen dem „outcome“ der Therapie und dem therapeutischen Stil, wie er mit dem TASC ermittelt wurde? Ja, und diese Befunde sind irritierend. Jene Therapeuten nämlich, die hohe Werte für „kindness“ und „supportiveness“ im TASC erkennen liessen, produzierten bei ihren Patienten den besten „outcome“ und das hing in keiner Weise mit irgendeiner „orthodoxen“ Orientierung zusammen, war vielmehr ganz unabhängig davon.

“Clearly, these findings came as a surprise, since they were rather at odds with the fact that patients treated in psychoanalysis did better” (S. 100).

Die Erklärung ergibt sich, wenn man zwei Gruppen aufteilt: jene, die in einem „eklektischen Milieu“ und jene, die in einem „orthodoxen“ psychoanalytischen Milieu (immer nach Selbstauskunft der Therapeuten im TASC) behandelt wurden. Dann erklären sich die Unterschiede so:

“Psychotherapy provided in an orthodox psychoanalytic milieu had significantly worse outcomes than did psychotherapy in an eclectic milieu”. (S. 100)

Das ist im Grunde nicht schwer verständlich. Denn wenn man sich eine abwartend-passive psychoanalytische Haltung in einer face-to-face-Situation vorstellt, gehen die Wohltaten dieser Haltung verloren und die Wirkungen wie in den still-face-Experimenten der baby-watcher stellen sich ein: Das Baby, dem sich die Mutter 3 Minuten lang instruktionsgemäß mit ausdruckslosem Gesicht zeigt, reagiert verwirrt und mit Protest, der sich dann in Apathie wandelt – das also kann in diesem Setting wahrschein-

lich wohl nicht funktionieren, so vermute ich.

Zusammenfassend sprechen die Autoren von einem „lack of data supporting a clear distinction“ (101); eine strikte psychoanalytische Haltung ist in der PT nicht angemessen. Diese Autoren meinen zum Unterschied zwischen PA und PT:

“We suggest that, instead of thinking of psychotherapy as a diluted, or second-rate, form of psychoanalysis, it is more productive to think of it as a unique way of treating patients.” (S. 103)

Psychoanalytischen Institutionen wird geraten, ihre Kandidaten PT zu lehren, Kurse in PT sollten „within the analytic institutes“ (S. 104) stattfinden, um die Anreicherung der Erfahrung und den Austausch zwischen PA und PT sozusagen auf gleichem Terrain zu gewährleisten.

Diese Autoren nehmen hinsichtlich der von ihnen angeschnittenen Frage nach den Unterschieden zwischen PA und PT eine ganz eigene Haltung ein. Sie sprechen von einem „lack of data“ - was den Unterschied betrifft. Aber dann zeigen sie, daß es doch Unterschiede gibt, wenn nämlich eine ungeeignete PA-Haltung im PT-Kontext angezeigt wird. Schließlich sprechen sie von der PT als einem eigenen Weg der Patientenbehandlung, wollen sie aber im institutionellen Rahmen der PA belassen. Das ist alles andere als klar dann, wenn man eine eindeutige Stellungnahme hinsichtlich Über-, Unter- oder Nebenordnung von PT und PA erwartet.

Ich meine, diese Verwirrung könnte ein Indiz dafür sein, daß ein unzureichender Bezugsrahmen in der Deutung der Befunde angelegt wird. Wer z.B. in einem PT-Kontext eine abwartend-passive PA-Haltung einnimmt, trägt ein „fremdes“ Element in eine Beziehung, das den anderen „befremden“ muß deshalb, weil dieser offenbar seiner Möglichkeiten, den Träger dieser Haltung zu resonanter Reaktion zu bewegen, beraubt wird. Befremden entsteht, wo man nicht beeinflussen kann, weil der andere an seinen Prinzipien, Vorstellungen, Überzeugungen etc. unbeirrbar stärker festhält als an der aktuellen Begegnung. Das ist in anderen menschlichen Beziehungen nicht viel anders. Hier könnte dies aus der Grundidee resultie-

ren, einen Patienten „richtig“ behandeln zu wollen – dieser „richtige“ Grundgedanke aber wird im Kontext einer Beziehung zu etwas Befremdlichem, weil es natürlich als Indoktrination erlebt wird. Wo Inter-Aktion sein könnte, findet dann bloß einseitige Ak-

tion (=Beeinflussung) statt. Die Befunde der schwedischen Studie könnten also auch dazu anregen, über veränderte theoretische Bezugsrahmen nachzudenken, die die Befunde besser zu integrieren erlauben.

EINE WEITERE DEUTSCHE STUDIE

Einen solchen veränderten Bezugsrahmen könnte man in der Studie von **Bernhard Strauß** und **Silke Schmidt**, ebenfalls im gleichen **Richardson/Kächele/Renlund**-Band erschienen, entnehmen. Es geht um die Untersuchung von Gruppenbehandlungen in einem stationären Kontext. Zu Anfang unterläuft den Autoren ein kleiner sympathischer Fehler. Sie erinnern einen „**Georg Simmel**“ als den Begründer der stationären Psychotherapie (S. 15). Georg aber war Soziologe, richtig handelt es sich natürlich um „**Ernst Simmel**“, den psychoanalytischen Pionier der ersten Stunde. Aber der ungewollte Hinweis auf **Georg Simmel** wirkt dennoch nicht deplatziert, weil dieser Autor früh schon (1908) auf die kleinformatige Struktur, auf die Mikrosoziologie der menschlichen Interaktionen nachdrücklich hingewiesen hat und darin „Gesellschaft“ erkannte – das ist, wenn man sich mit Gruppentherapie befasst, ja so falsch wiederum nicht.

Strauß/Schmidt wollen nun wissen,

“how the patients’ experience of their interpersonal problems – as assessed by the Inventory of Interpersonal Problems (IIP) ... - can predict the outcome of group treatment”.

Der genuin psychoanalytische Gedanke, daß Symptome im Grunde Mitteilungen an einen anderen sind in Kontexten, die verloren gingen, wird hier also aufgegriffen; es ist eigentlich die Idee von der „Sprache des Symptoms“. Der IIP nun enthält 127 interpersonelle Situationen in verschiedenen Dimensionen (wie z.B. Kontrolle, Affektion), die Patienten beschreiben können. Aussagen lauten dann etwa, „Es fällt mir schwer... (nein zu anderen zu sagen, mit anderen warm zu werden...)“ oder „Meist kämpfe ich mit anderen zu viel“. Diesen Aussagen können Patienten dann zustimmen oder sie ablehnen.

In einer ersten Studie an 470 Patienten zeigt sich nun, daß diejenigen, die ihre Beschwer-

den eher in einer solchen Beziehungssprache angeben mehr von der stationären Gruppentherapie profitieren als die, die ihre Beschwerden kontextfrei in der Sprache der Symptome schildern. Irgendwie passt ein solcher Befund gut zu dem der Heidelberger DGPT-Studie. Wer sich nur symptomatisch mitteilen kann, ist vermutlich auch eher noch auf den Anfangslevels der HSKS, so spekuliere ich gleich weiter...

In einer zweiten Studie an 194 Patienten zeigt sich ein vergleichbarer Befund: Diejenigen Patienten, die als „gebessert“ oder „geheilt“ eingestuft werden konnten, hatten zu Behandlungsbeginn auch im SCL-90 die meisten interpersonellen Probleme beschrieben.

Und in einer dritten Studie wird das gleiche Ergebnis mit dem Giessen-Test bestätigt.

Wer also über seine interpersonellen Probleme Bescheid weiß (eine Repräsentanz davon hat) ist immer schon ein Stück weiter als diejenigen, die sich ausschließlich symptomatisch (re-)präsentieren. Das könnte darauf hinweisen, daß hier ein Bezugsrahmen erforderlich wird, der einerseits die interaktive Dimension der Störungen beschreibt, andererseits deren kognitive Repräsentation. Je größer die Differenz zwischen beiden, umso behandlungsresistenter dürften Patienten sein.

Dann aber gibt es einen Befund, den man sich auf der Zunge zergehen lassen darf:

“Contrary to expectations, the outcome ratings of the therapists were highest for patients who deteriorated on the SCL-90-R” (S. 25)

Untersucht man die Dimensionen der angewandten Instrumente dann im einzelnen, zeigt sich, warum die Therapeuten wahrscheinlich zu ihrer Fehleinschätzung kamen: weil diese Patienten ein Selbstbewusstsein vortäuschten, das sie nicht hatten; so berichteten sie zu Behandlungsbeginn wenige, bei der Entlassung mehr interpersonelle Prob-

leme und das könnte ihre Therapeuten verleitet haben, ein positives Behandlungsergebnis zu vermuten, während sie sich tatsächlich klinisch und in statistischen Mittelwerten verschlechtert hatten. Über diese Zusammenhänge wird also noch mehr nachzudenken sein; der Weg von einer symptomatischen Sprache zu einer interpersonellen Repräsentanz ist also keineswegs linear geradeaus. Aber Therapeuten könnten hinsichtlich dieser Dimensionen geschult werden.

Das betrifft auch die Studie von **Anthony W. Bateman** über die Behandlung von Borderline-Patienten in einem stationären tagesklinischen Rahmen. Dieser Beitrag besteht in seinem Untertitel aus den Worten: „theory, problems, and practice“ und ich verstehe das als eine subtile Ironie. Denn die Forschungslogik, so macht dieser souverän schreibende Autor deutlich, verlange „gold standards“ in der Zuweisung von Patienten und in der Überprüfung von „Technik“ dort, wo das einfach nicht möglich sei. Borderline-Patienten fügen sich einem „ordentlichen“ design nicht!

“The complexity of the disorder, characterized by ‘stable instability’, baffles clinicians and researchers alike” (S. 109).

Nach Durchsicht der Literatur macht dieser Autor eine bemerkenswerte Beschreibung:

“Our initial tasks were to review the literature, to consider the evidence for effective interventions, and to match those to the skills within the team” (S. 117)

Das klingt so selbstverständlich, wird aber in den meisten Texten einfach unterschlagen: die Behandlungsmethode und Vorgehensweise muß zum Team und seinen Fähigkeiten passen – das ist wiederum ein interaktiver Aspekt, der meist verloren geht! Die Forschung scheint von der Idee beflügelt, man könne eine personunabhängige „Technik“ entwickeln, störungsspezifisch und von jedermann zu erlernen – hier aber wird lapidar festgehalten, dass das kaum gehen dürfte: die Techniken, die Theorie, das Können – dies alles muß zum Team passen! Wohlstrukturiertes Vorgehen, sorgfältige Beachtung der compliance, die klare Fokussierung, die theoretische Kohärenz als stabiles Bild des Selbst des Patienten in der Vorstellung des Therapeuten, Langfristigkeit, eine starke Bindung und gute Zusammenarbeit mit an-

deren Institutionen – das alles sind die Ingredienzien, aus denen gute Borderline-Behandlung besteht.

„Such patients require that we are predictable, and our implicit working models of them can then begin to form the core of their self-representations. A stable, coherent image is impossible to maintain if the therapist swaps theoretical approaches at an alarming rate. Mentalization can only be acquired in the context of an attachment relationship.” (S. 123)

heißt es dann. Dabei erfährt man also etwas über den angesprochenen Zusammenhang zwischen „Interaktion“ und „Kognition“: Das „Selbst(Bild)“ des Patienten existiert, wenn ich mich so winnicottianisch ausdrücken darf, zunächst stabil im Kopf des Therapeuten und das wiederum steuert seine „Interventionen“, woraus der Patient seinerseits schließt, wie der Therapeut ihn sieht – Reflexion ist hier also im besten Sinne als Resultat von gelingender Interaktion vorgestellt und „gelingend“ heißt: stabilisierend.

Beforscht wurden nun 44 Patienten, deren Borderline-Diagnose nach DSM-III-R-Kriterien festgelegt wurde. Die Behandlungsmöglichkeiten in der Tagesklinik bestanden aus einer Stunde Psychotherapie pro Woche, drei einstündigen Sitzungen Gruppentherapie pro Woche, expressiver Psychotherapie, wöchentlichen Patienten-Meetings, Medikamenten. Interessiert war **Bateman** daran, ob es eine Reduktion der Selbstmord-Raten oder anderer Arten von Selbstverletzungen gäbe?

Follow-ups nach 18, 24, 30 und 36 Monaten (gezählt nach Aufnahme ins Programm) ergaben nun das folgende Bild: Weitere Behandlungen erwiesen sich nicht als überflüssig, alle Patienten wechselten in andere Behandlungsprogramme. Aber die selbstberichtete Depression nahm deutlich ab (was deutlich einen Unterschied zu verhaltenstherapeutischen Programmen erkennen lasse). Auch Selbstverletzungen und Suizidversuche reduzierten sich erheblich. Die Zahl der psychiatrischen Einweisungen reduzierte sich auf einem level von durchschnittlich 4 Tagen pro Monat, während eine Kontrollgruppe hier bis zu 12 Tagen brauchte.

Der Autor betont, daß Behandlungsprogramme für Borderline-Störungen eine langfristige Evaluation benötigen, weil sich bei diesen Menschen stabile mit chaotischen E-

pisoden abrupt abwechseln. Eine andere Studie, auf die **Bateman** verweist, habe wie seine eigene gezeigt, daß auch 5 Jahre nach Beendigung der Behandlung mit einer psychoanalytisch orientierten Behandlung stabile Ergebnisse erreicht werden können. Mentalisierung, Identifizierung Selbstkontrolle der Affekte müssen im Zentrum der Behandlungsziele stehen.

Während so das tagesklinische Programm ebenso wie die zugrundeliegende psychoanalytische Ausrichtung als positiv gesehen

werden, bleibt der Autor dennoch vorsichtig:

“While the results of our study are encouraging, we know neither why patients improve, nor which patients are likely to benefit most from a psychoanalytically orientated treatment.” (S. 131)

Und der vorletzte Satz seines Beitrags könnte verallgemeinert werden:

“If psychoanalysis is to remain a vibrant and living discipline, further research is urgently needed” (S. 132).

ZUSAMMENFASSUNG UND FOLGERUNGEN

Nun, mit der formelhaften Forderung „further research is necessary“ endet so mancher Beitrag und das setzt dann die Erwartung an weitere Forschungsgelder gleich mit fest. Auch weitere Beiträge in diesem Band, die ich hier nicht referiere, machen vergleichbare Bemerkungen. Aber hier wird zusammengefaßt werden, um was es geht: Nicht nur um Borderline-Behandlungsmöglichkeiten, sondern durchaus auch um die Psychoanalyse als eine intellektuell stimulierende Unternehmung.

Bleiben wir aber bei der Ausgangsfrage nach der relativen Positionierung von PT und PA.

Wir können aus diesen Studien dann mehrerlei entnehmen:

1. PA und PT, so zeigt die DGPT-Studie, erzielen unterschiedliche Typen des Wandels.
2. Die fast dreifache Effektstärke liegt überlegen bei PA (**Sandell**-Studie), auch langfristig gilt das, wie die anderen Studien teilweise zeigen
3. Verwirrende Befunde der **Sandell**-Studie nötigen dazu, über die Frage eines anderen, interaktionstheoretischen Bezugsrahmens intensiviert nachzudenken
4. Die zuletzt besprochenen Studien zeigen, dieser neue Bezugsrahmen könnte aus drei zentralen Ecksteinen bestehen:
 - **„Interaktion“**
(natürlich beziehen sich Therapeuten und Patienten aufeinander, sie tauschen Worte, Blicke, Gesten und sie reagieren in vielfältiger komplexer, verschachtelter und anspielungsreicher Art aufeinander)
 - **„Kognition“**
(natürlich denken sich Therapeut und Patient bei dem, was sie interagierend tun, ständig etwas. Sie haben „Modelle“ wie Beichte oder Katharsis oder andere, denen zufolge sie handeln und den anderen zu handeln anregen wollen; ihre Kognitionen bestimmen, wie sie das auffassen, was sie selbst und der andere jeweils tun: einer der beichten will, berichtet seine Sünden und ist enttäuscht, wenn ihm keine Absolution erteilt werden kann usw. Wie Therapeuten es gelegentlich schaffen, daß ihre „Modelle“ für den Patienten Verbindlichkeit gewinnen, ist ganz unklar – muß ja aber irgendwie in der und durch die Interaktion bewirkt werden).
 - **„Reflexion“ (= Mentalisierung)**
(natürlich denken Therapeut und Patient nicht nur über den je anderen, sondern sie entwickeln eine Fähigkeit, das eigene Denken zu bedenken; das wird als Mentalisierung bezeichnet und schließt die „theory of mind“ des je Anderen mit ein. Die Mentalisierung wiederum steuert ihrerseits Interaktionsbeiträge oder versucht solche des anderen hervorzulocken oder auch zu verhindern. Therapeut und Patient bewegen sich wahrscheinlich auf unterschiedlichen Niveaus der Mentalisierungsfähigkeiten. Der Therapeut hat wohl die Aufgabe, seine Interaktionsbeiträge so zu zuschneiden, daß die Mentalisierungsfähigkeit seines Patienten allmählich

verbessert wird – aber wie er das genau macht, ist eine weitere der ganz offenen Fragen)

Gibt ein solcher Bezugsrahmen etwas her für die Positionierung von PA und PT? Ich meine ja.

1. Folgt man den Hinweisen von Bateman, dann ist Psychoanalyse in Theorie und Empirie eher eine bestimmte Art zu denken. In der Marktpolitik hingegen ist sie eine medizinanaloge Intervention. Das bedeutet, es kommt darauf an, wie kohärent der Therapeut über seinen Patienten „denkt“ (Kognition) und ob dieses „Denken“ sowohl
 - „komplex genug“ ist (um den verschlungenen Pfaden der Spaltungsmanöver zu folgen) als auch
 - „tief genug“ (um den bedrohlichen Affekten und selbstverletzenden Handlungen standhalten zu können).
2. Die „Einheit“ dieses Denkens manifestiert sich als Stabilität in der Interaktion, was besonders den schwer gestörten Patienten ermöglicht, das Verhalten ihres Therapeuten vorhersagen zu lernen und sich daran zu stabilisieren. Gerade schwer gestörte Patienten erschließen „hungrig“ aus dem Interaktionsverhalten ihres Therapeuten, welches Bild er sich von ihnen und ihrer Persönlichkeit macht. Der Verlust der Kontrolle über das Verhalten des Therapeuten, so hatte auch die Sandell-Studie gezeigt, manifestiert sich in Verschlechterungen (wenn der Therapeut PA-Haltung in einem PT-Kontext zeigt).
3. Patienten können auf diesem Weg lernen, ein stabileres Bild von sich zu internalisieren, die interaktive Bedeutung ihrer Probleme angemessener zu verstehen, sich selbst zu konzeptualisieren (=selbst „denken“), also ihre Mentalisierung zu verbessern und damit sich selbst besser zu verstehen; das wäre der gemeinsame psychoanalytische Kerngedanke des „Erkenne Dich Selbst“ – in verschiedenen äußeren Rahmungen.

Dies alles spricht nach meinem Dafürhalten dafür, PA und PT als eine Einheit aufzufassen und beizubehalten. Einheit heißt, Psychoanalyse ist eine Art gemeinsamer „Mutterboden“, selbst wenn wir viele verschiedene psychoanalytische „Mütter“ und „Väter“ und ja mittlerweile viele verschiedene Generationen von Psychoanalytikern haben. Aber ob Psychoanalyse im Liegen oder im Sitzen oder im Stehen oder Gehen ausgeübt wird oder in noch weiteren Stellungen, macht keinen *schulenspezifischen* Unterschied, sondern einen der Anwendung unter Berücksichtigung individueller Umstände – und diese schließen nicht nur die besondere Lage eines Patienten ein, sondern müssen ja auch zu den jeweiligen Therapeuten passen, wie **Bateman** richtig verdeutlichte. Für diese Einheitsposition von PA und PT spricht m.E. auch, daß es kaum ein Lehrbuch der PT gibt, das nicht die gleichen Psychoanalytiker zitiert, die man auch in den Lehrbüchern der PA findet.

Wir könnten also die Positionierungsfrage so beantworten, daß wir die täglich ausgeübte Psychoanalyse nicht länger als „die“ eigentliche Psychotherapie auffassen, sondern als *eine* Anwendung *neben* anderen Anwendungen wie etwa Gruppen-, Familien- oder Kindertherapie. Das schließt ein, daß Psychoanalytiker in diesen besonderen Anwendungen durchaus auch besonders trainiert werden können und sollten; man kann ja nicht gleich Familien oder Gruppen behandeln, wenn man hinter der Couch zu sitzen aushalten gelernt hat. Aber eine schulisch-verselbständigende Herauslösung solcher Anwendungen aus der psychoanalytischen Einheit erscheint eher problematisch, weil nur auf dem Hintergrund der Psychoanalyse die genügende Komplexität und Tiefe des Denkens menschlicher Probleme überzeugend erworben werden kann.

In diesem Sinne verstehe ich die hier referierten empirischen Befunde. Aber ich weiß natürlich, daß politische Erwägungen den Therapiemarkt nachhaltiger beeinflussen können als empirische Befunde und damit würde man sich in das Feld einer Wissenssoziologie der Therapietheorie begeben. Das ist leider noch vollkommen unbestellt, könnte aber eine gründliche Beackering, sprich: historische Aufarbeitung durchaus gebrauchen.