



**European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy
in the Public Sector**

**Die Psychoanalytische
Psychotherapie**

Argumentarium

**Grundlagen
Therapeutische Wirkungen
Wirtschaftlichkeit
Aktueller Forschungsstand**

Die psychoanalytische Psychotherapie

Argumentarium über Grundlagen, therapeutische Wirkungen, Wirtschaftlichkeit und den aktuellen Forschungsstand

1. Auflage, Mai 2000

Arbeitsgruppe ARGUMENTARIUM der EFPP Schweiz

Rudolf Balmer, Carlo Calanchini, Christian Jeger, Sabine Keller, Joachim Küchenhoff,
Susanne Kunz, Peter-Christian Miest, Julia Pestalozzi, Ruth Waldvogel, Ursula Walter,
Thomas von Salis, Gisela Zeller Steinbrich, Susann Ziegler

2. überarbeitete Auflage, Februar 2003

Rudolf Balmer, Joachim Küchenhoff, Ursula Walter, Gisela Zeller Steinbrich,
Susann Ziegler

Herausgeber:

EFPP Sektionen: «Erwachsene / Deutsche Schweiz»
«Kinder und Jugendliche»
«Gruppenanalyse»

Bestellungen:

Sekretariat EFPP Schweiz
c/o Dorothee Leser-Junack
Spiegelbergstrasse 5
4059 Basel
Tel +41 61 331 82 92
Fax +41 61 333 80 31
mail@dorotheeleser.ch

Abgabepreis: CHF 10.- / € 7.-

SCHWEIZERISCHE SEKTIONEN DER EFPP

ERWACHSENE Deutsche Schweiz

Präsident: lic. phil. et iur. Jürg Honegger, Langmattweg 71, CH-4123 Allschwil
Tel/Fax +41 61 482 25 55
E-Mail: honeggerj@freesurf.ch

Delegierte der deutschen Schweiz: Dr. med. Julia Pestalozzi,
Gerbergässlein 5, CH-4051 Basel
Tel +41 61 261 00 95, +41 481 10 35 (privat), Fax +41 61 483 82 70 (privat)
E-Mail: pestalozzi@magnet.ch

ERWACHSENE Romandie

Association romande pour la psychothérapie psychanalytique ARPP
Präsident: Prof. Dr. Bernard Reith, 28, Rue de Genève, CH-1225 Chêne-Bourg
Tel +41 22 349 86 86, Fax +41 22 349 53 11
E-Mail: b.reith.corr.prof@swissonline.ch

ERWACHSENE Tessin

Accademia di Psicoterapia Psicoanalitica della Svizzera Italiana APPSI
Präsident: Dr. Giangiacomo Carbonetti, Via Lepori 31, CH-6900 Massagno
Tel/Fax +41 91 966 81 19

KINDER & JUGENDLICHE

Präsidentin und Delegierte: Gisela Zeller Steinbrich, Schäublinstr. 57, CH-4059 Basel
Postadresse: Postfach 201, CH-4024 Basel
Tel +41 61 271 22 50, Fax +41 61 362 06 30
E-Mail: zeller.steinbrich@bluewin.ch

GRUPPENANALYSE

Präsident und Delegierter: Dr. med. Rudolf Balmer, Bärenfelsenstr. 36, CH-4057 Basel
Tel +41 61 692 10 32, Fax +41 61 692 75 46
E-Mail: ru_balmer@datanetworks.ch

Delegierte: Elisabeth von Salis-Schindler, Postfach 51, CH-8702 Zollikon-Station
Tel +41 1 261 85 60, Fax +41 1 252 38 89
E-Mail: evonsalis@bluewin.ch

Secrétariat administratif de l'ARPP:

c/o Mme Catherine Chollet,
FONDATION DE NANT: C.I.T., 66, Av. des Alpes, CH-1820 Montreux
Tél +41 21 983 24 05, Fax +41 21 983 24 10
E-Mail: catherine.chollet@nant.ch

Sekretariat für alle 3 Sektionen der deutschen Schweiz:

c/o Dorothee Leser-Junack, Spiegelbergstr. 5, CH-4059 Basel
Tel +41 61 331 82 92, Fax +41 61 333 80 31
E-Mail: mail@dorotheeleser.ch

Februar 2003

Inhalt

Kapitel

	Einleitung	1
1	Psychoanalytische Psychotherapie	5
2	Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie	13
3	Psychoanalytische Gruppenpsychotherapie	17
4	Wirksamkeit der psychoanalytischen Psychotherapie	23
5	Zweckmässigkeit der psychoanalytischen Psychotherapie	27
6	Wirtschaftlichkeit der psychoanalytischen Psychotherapie	31
7	Ausbildung in psychoanalytischer Psychotherapie	37
8	Forschungsstand: Zahlen und Fakten	41
Anhänge		
A	Ausbildungsrichtlinien der EFPP	51
B	Definitionen der Kommission Mattanza (BSV) WZW	53
C	Literaturverzeichnis	55
D	Forschungsstudien	61

1

2

3

4

5

6

7

8

Einleitung

Fragen zur psychoanalytischen Psychotherapie

Haben Sie sich auch schon Fragen gestellt wie: Was nützen und bewirken Psychotherapien? Sind psychoanalytische Therapien nicht zu lange? Sind sie nicht zu teuer und volkswirtschaftlich kaum noch vertretbar? Ist das Psychoanalytische überhaupt wissenschaftlich abgesichert? Solchen und ähnlichen Fragen wollen wir in diesem ARGUMENTARIUM nachgehen und uns gleichzeitig in die aktuelle gesundheitspolitische Debatte einmischen.

Begründung

Brisante öffentliche Debatte über Sinn und Nutzen von Psychotherapien

Psychische Krankheiten stellen sowohl für die einzelnen wie für die Gesellschaft grosse Belastungen dar, die mit viel Leiden und auch mit grossen Kosten und Folgekosten verbunden sind. Die psychoanalytische Psychotherapie hat Wesentliches zur Behandlung beizutragen.

Seit den Entdeckungen von Sigmund Freud hat sich die Psychoanalyse und die aus ihr hervorgegangene psychoanalytische Psychotherapie enorm weiter entwickelt. Neben verschiedenen neueren theoretischen Konzeptionen wurden auch neue klinische Anwendungsformen im gesamten Bereich der psychischen Störungen ausgearbeitet.

Entwicklung

In den letzten Jahren ist zudem aber auch ein «Psychoboom» zu beobachten, der eine Vielzahl von Psychotherapieformen hervorgebracht hat. Diese ergänzen sich teilweise, teilweise stehen sie aber miteinander in Konkurrenz. Zunehmend wurde in der Bevölkerung ein Bedürfnis nach Transparenz und nach klaren Informationen über die verschiedenen Therapierichtungen wach. Auch die steigenden Kosten im Gesundheitswesen haben die Diskussion über Sinn und Nutzen von Psychotherapien weiter untermauert. Mit der letzten Revision des Krankenversicherungsgesetzes KVG (1994) wurde sodann die Basis dafür gelegt, dass sämtliche medizinischen und psychotherapeutischen Behandlungsverfahren ihre Wirksamkeit,

Kosten

KVG

WZW	Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) unter Beweis stellen müssen, sollen sie von der Sozialversicherung übernommen werden.
Evaluationskriterien	Im November 1997 wurde der Öffentlichkeit der Bericht einer Arbeitsgruppe vorgestellt, welche Kriterien zur Evaluation der Psychotherapieverfahren nach WZW ausgearbeitet und diese dann im folgenden Jahr dem Bundesamt für Sozialversicherung BSV übergeben hat (Mattanza-Bericht). In diesem Bericht wie auch in der folgenden Diskussion wurde deutlich, dass die verschiedenen Psychotherapieverfahren nicht nur von unterschiedlichen Menschenbildern ausgehen, sondern auch von ganz unterschiedlichen Auffassungen von Wissenschaftlichkeit.
Mattanza-Kommission	Die Mattanza-Kommission vertritt in dieser Frage ein pluralistisches Konzept, d.h. sie unterstreicht die Notwendigkeit eines Nebeneinanders verschiedener therapeutischer Zugänge, sofern sich diese wissenschaftlich ausreichend ausweisen können. Die EFPP hat diese Betrachtungsweise in ihrer Stellungnahme zu diesem Bericht unterstützt.
Kontroverse	Eine von der universitären Psychologie ausgehende Strömung möchte diese weite Sicht aber nicht gelten lassen, sondern vertritt einen einengenden positivistischen, an Messbarkeit und Zählbarkeit orientierten Blickwinkel.

Einmischung in die Diskussion

Dieses ARGUMENTARIUM will sich nun gerade hier in die Diskussion einmischen. Die EFPP, welche die Interessen und die Entwicklung der psychoanalytischen Psychotherapie speziell im öffentlichen Gesundheitswesen vertritt, möchte mit diesem ARGUMENTARIUM für die weitreichende, offene und zugleich wissenschaftlich präzise Sicht der psychoanalytischen Psychotherapie eintreten. Die psychoanalytische Psychotherapie hat einen klaren und grundsätzlich wichtigen Platz in der Grundversorgung psychischer Störungen. Es soll auch deutlich werden, dass wir den Anspruch der Öffentlichkeit und der Behörden auf Information und wissenschaftliche Absicherung von Psychotherapiemethoden ausdrücklich anerkennen und unterstützen, auch wenn wir den eingengten positivistischen Forschungsbegriff kritisch hinterfragen.

Zum Gebrauch

In den verschiedenen Kapiteln gibt es zum Teil Wiederholungen und Überschneidungen. Wir haben diese belassen, damit einzelne Kapitel als Einheiten gelesen werden können.

Das Dilemma der erschwerten Lesbarkeit bei konsequenter Anwendung von männlichen und weiblichen Wortformen haben wir so gelöst, dass alle ungeraden Kapitel durchwegs in der männlichen Form, die geraden dagegen in der weiblichen Form geschrieben wurden, immer aber beide Geschlechter gemeint sind.

Das vorliegende ARGUMENTARIUM ist in erster Linie ein Arbeitsinstrument für unsere Mitglieder, für ihre Diskussionen in der Öffentlichkeit oder mit Behörden und Vertretern der Sozialversicherungen. Je nach Bedarf können einzelne Teile oder Zusammenfassungen reproduziert und verteilt werden.

Wer sich besonders für die Entwicklung der Forschung interessiert, kann die Website der IPA unter <http://www.ipa.org.uk/> oder jene der EFPP unter <http://www.efpp.org/> anwählen.

www.efpp.org

Das ARGUMENTARIUM soll eine interessierte Öffentlichkeit und namentlich die Verantwortlichen im Gesundheitswesen erreichen und zum Nachdenken anregen.

Wir wünschen Ihnen viele Anregungen bei der Lektüre. Wir sind an kritischen Kommentaren und Rückmeldungen sehr interessiert!

Kap. 1 Psychoanalytische Psychotherapie

Psychoanalyse

Die psychoanalytische Psychotherapie ist eine Anwendungsform der Psychoanalyse. Die Psychoanalyse wurde von Sigmund Freud um 1900 als Methode begründet.

Psychoanalyse ist ein gedankliches und sprachliches Vorgehen, bei dem neben dem bewussten Erkennen eine unbewusste Ebene in die Vorstellung vom menschlichen Erleben einbezogen wird. So können z.B. Alltagsphänomene nicht nur beobachtet werden, sondern in der Entstehung und Funktion Bedeutung und Sinn bekommen. Psychoanalyse bedeutet eine (Rück-)Gewinnung von Bedeutung, die aus Überforderung, aus Konvention, aus Angst- und/oder aus Schuldgefühlen nicht erfasst werden konnte. Der Zugang zum Unbewussten wirkt sich befreiend aus auf Denkansätze vieler Bereiche. Psychoanalyse ist nicht nur ein Heilverfahren, sondern hat als eine Methode der kreativen Neugier auch in vielen Geistes- und Sozialwissenschaften Eingang gefunden.

Unbewusstes

Psychoanalytische Psychotherapie

Die Psychoanalyse dient als theoretische Basis der psychoanalytischen Psychotherapie. Seit Freud wurde sie in Theorie, Forschung und Praxis ständig kritisch überdacht und weiterentwickelt. Sie ist eine weltweit anerkannte und praktizierte Methode und Referenz für andere psychotherapeutische Verfahren. Es gelang, die frühen Ansätze der Psychoanalyse auszubauen, teilweise auch zu korrigieren (z.B. weibliche Entwicklung, Behandlungsmethoden) und auf neu auftretende psychische Krankheitsbilder anzuwenden, deren Behandlung in den Anfängen nicht vorgesehen war (z.B. Schizophrenie).

Heilverfahren

Die Entstehung psychischer Krankheiten

Psychische Störungen kommen nicht «wie angefliegen», auch nicht, wenn sie als Reaktion auf äussere, traumatische Umstände auftreten. Symptome – ob sie aus Angst, Depression, Psychose, Beziehungsstö-

	<p>rungen oder aus so genannten psychosomatischen Störungen bestehen – sind immer tief verwurzelt in der jeweiligen menschlichen Psyche. Sie sind eine spezifische Reaktion dieses Menschen mit seiner Geschichte und mit seiner seelischen Struktur. Die Schwierigkeit liegt darin, dass ein Teil dieser Struktur unbewusst ist. Es sind jedoch gerade die unbewussten Ängste, Konflikte usw., die unsere Reaktionen auf die Umwelt prägen.</p>
bewusst/unbewusst	<p>Dieses Zusammenspiel bewusster und unbewusster Anteile mit all seiner Unberechenbarkeit macht den Menschen individuell, phantasievoll und beziehungsfähig. Manchmal führt dieses Zusammenspiel zu inneren Konflikten, die eine Persönlichkeit in ihrer Beziehungsfähigkeit derart blockieren, dass sie auch ihre gesunden und jedem Menschen innewohnenden Ressourcen nicht auszuschöpfen vermag. In diesem Fall empfiehlt sich eine Behandlung durch psychoanalytische Psychotherapie.</p>
innere Konflikte	<p>Die Grundvoraussetzungen beinhalten, dass der Mensch als Beziehungswesen in die menschliche Gesellschaft hineingeboren ist, so dass die Störungen seiner hochkomplexen psychischen Struktur mit bewussten, vor allem aber unbewussten Beziehungskonstellationen korrelieren. In diesem Sinne zeigen sich Symptome wie z.B. Angst, Verhaltens- und Arbeitsstörungen usw., die übrigens selten als Einzelsymptome auftreten, als psychisches Leiden. Sie sind als reale äussere problematische Manifestationen (Probleme) einer inneren Beziehungsrealität zu verstehen. Diese können in der psychoanalytischen Psychotherapie bearbeitet werden.</p>
Beziehungen	

Indikationen

Die psychische Not, die jemanden veranlasst, einen Psychotherapeuten aufzusuchen, hat verschiedene Gesichter: Sie kann in Psychosen, Depressionen, verschiedenen Formen von Neurosen, Borderline-Störungen und psychosomatischen Störungen bestehen. Sie kann sich auch als chronische Arbeitsstörung, als zerstörerisches Beziehungsmuster oder in einer oft sehr folgenschweren Störung der Elternfunktion äussern. Ebenso kann es sich auch um eine akute, allein nicht zu bewältigende Lebenskrise handeln: z.B. Trennung oder Verlust eines nahen Angehörigen, reaktive Depressionen bei

bedrohlich wirkenden Lebensumständen oder massive Adoleszenz-
krisen.

Die psychoanalytische Psychotherapie zielt aber immer darauf hin,
dass der Patient auf seine unbewusst bedingten Symptome verzich-
ten kann und andere, bewusste Formen der Auseinandersetzung mit
seinem Leben und seiner Umwelt findet.

Beginn einer psychoanalytischen Psychotherapie

Vor Beginn der Behandlung werden Indikationsgespräche geführt.
Dabei bemüht sich der Therapeut, die Schilderungen und Nöte des
Patienten zu verstehen und zu ermessen, ob für diesen Patienten in
dieser Situation eine Therapie, deren Gegenstand das Bewusstma-
chen unbewusster Konflikte ist, hilfreich sein kann. Andernfalls wird
er andere Therapieformen vorschlagen.

Indikationsgespräch

Patient und Therapeut lernen sich kennen, und unter günstigen Um-
ständen entsteht eine vertrauensvolle und tragfähige Beziehung.
Diese bildet die Grundvoraussetzung für die weitere Behandlung.

Der Therapeut bespricht die äusseren Rahmenbedingungen (Stun-
denzahl, Finanzierung usw.) mit dem Patienten. Anders als in der
klassischen Psychoanalyse (Couch) sitzen sich bei der psychoanalyti-
schen Psychotherapie Patient und Therapeut gegenüber, üblicher-
weise 50 Minuten, ein bis dreimal in der Woche. Der klare Rahmen
(Setting) ermöglicht, dass über alle Gedanken, Phantasien, Gefühle
und Träume gesprochen werden darf und er dadurch zu einem krea-
tiven Spielraum für die therapeutische Arbeit und die Selbstent-
wicklung werden kann.

Rahmen

Bei sehr kranken Patienten, wie z.B. unter klinischen Bedingungen,
kann dieser Rahmen entscheidend modifiziert werden.

Abweichung


Eine zusätzliche pharmakotherapeutische Behandlung kann notwen-
dig sein.

Vorgehen in der psychoanalytischen Psychotherapie

In einer psychoanalytischen Psychotherapie versuchen Patient und
Therapeut im Gespräch die Ursachen der Konflikte zu verstehen und
bewusst zu machen. Sie versuchen gemeinsam, die unbewussten
Vorstellungen, Erwartungen und Ängste des Patienten und seine

Übertragung	<p>Reaktionen auf den Partner, die Familie, die Arbeit, aber auch in Bezug zu sich selbst zu verstehen und dadurch den unbewussten Vorstellungen ihre zwingende Macht zu nehmen.</p> <p>In jeder Therapie zeigt sich das Phänomen der Übertragung, bei welcher der Patient frühere Beziehungserfahrungen wiedererlebt mit einer ihm bedeutsamen Person, in diesem Fall mit dem Therapeuten. Der psychoanalytische Psychotherapeut ist speziell ausgebildet, diese Übertragung wahrzunehmen, zu deuten und mit dem Patienten durchzuarbeiten. Auf diese Weise zielt er auf eine dauerhafte Verbesserung der Konfliktfähigkeit, Belastbarkeit und Eigenverantwortlichkeit des Patienten. Im Prozess der psychoanalytischen Psychotherapie verändert sich die Struktur des Patienten dahingehend, dass er auf seine unbewusst bedingten Symptome nachhaltig verzichten kann und andere, bewusste Formen der Auseinandersetzung mit seinem Leben und seiner Umwelt findet.</p>
Sprache	<p>Grundsätzlich ist eine psychoanalytische Psychotherapie eine Gesprächstherapie, d.h. die Kommunikation zwischen Patient und Therapeut erfolgt mittels Sprache. Es findet, ausser dem üblichen Händedruck, kein körperlicher Kontakt statt. Im Mittelpunkt des Interesses steht der Patient. Ihm steht es frei, ein Thema zu wählen, was immer ihn aktuell beschäftigt, sei es Material aus dem täglichen Leben, ein Traum (der «Königsweg zum Unbewussten») oder eine Erinnerung. Der Therapeut bemüht sich, die Mitteilungen des Patienten auf sich wirken zu lassen und in ihren Zusammenhängen zu verstehen. Er sorgt für die Einhaltung der Rahmenbedingungen von Zeit und Raum. Manchmal fragt oder kommentiert der Therapeut etwas und versucht zwecks besseren Verständnisses, Zusammenhänge herzustellen. Gleichzeitig setzt er sich fortwährend mit den im Gespräch entstehenden Gefühlen auseinander, die er vom Patienten übermittelt bekommt und die dem Patienten oft nicht bewusst sind und stellt sie ihm in geeigneter Art und Weise (Deutung) zur Verfügung.</p>
freie Themenwahl	<p>Diese Deutungen erlauben dem Patienten einen Einblick in die Motive seiner tiefer liegenden Gedanken und Gefühle. Das kann als eine Art «Durchschauen» erlebt werden. Normalerweise jedoch bewirkt die Deutung eine Entlastung zuvor blockierter oder nicht zugänglicher Gefühle.</p>
deuten durcharbeiten verstehen	

Probleme, die der Patient mit seiner sonstigen Umgebung hat, werden sich in der therapeutischen Beziehung widerspiegeln. Sie zeigen sich in der Art der Erwartungen, Hoffnungen oder auch der Ängste und zwiespältigen Gefühle bezüglich seines therapeutischen Gesprächspartners. Das Hauptinteresse der Thematik betrifft das Hier und Jetzt und nicht – wie oft gemeint wird – die Schwierigkeiten aus der Kindheit und der Vergangenheit. Diese sind jedoch insofern interessant, als sie sich im Hier und Jetzt manifestieren.



Hier + Jetzt

Die Abhängigkeitsfrage

Dieses Thema stellt sich in allen Bereichen, in denen Menschen anderen Menschen helfen. In einer psychoanalytischen Psychotherapie geschieht eine bewusste Auseinandersetzung mit dieser Frage.

Viele Patienten leiden an inneren Konflikten, die sich aus unbewussten Abhängigkeitswünschen und -ängsten ihren Mitmenschen gegenüber ergeben. Oft sind es auch gerade Abhängigkeitswünsche und -ängste im Verhältnis zu den Ärzten beziehungsweise zum medizinischen Versorgungssystem, welche eine somatische Behandlung verlängern, chronifizieren und ihren Erfolg gefährden. Auch in einer Psychotherapie ergeben sich phasenweise starke Abhängigkeiten. Das sorgfältige Durcharbeiten dieser Abhängigkeitsmuster ebnet den Weg, Abhängigkeitswünsche und -ängste in Beziehungen ausserhalb der Therapie besser zu verstehen und mit ihnen umzugehen. Dies führt zu einer grösseren Autonomie.

Wunsch / Angst

Es ist Aufgabe des Therapeuten, auf die Auflösung bestehender Abhängigkeiten hinzuarbeiten. Werden in Psychotherapien die Abhängigkeitsverhältnisse nicht reflektiert, besteht die Gefahr einer missbräuchlichen Therapeut-Patient-Beziehung.

Gefahr

Die Geschichte der Kindheit und der Elternbeziehungen

In der Beziehung zu und mit dem Therapeuten spiegeln sich die oft leidvollen Beziehungsmuster. Aus den gegenwärtigen Schilderungen der Patienten wird seine Sicht und Erlebensweise, seine Haltung und Einstellung deutlich, zugänglich und bearbeitbar. Für viele Patienten hat die oftmals unverarbeitete Vergangenheit Auswirkungen bis in die Gegenwart. Das Verstehen, die Loslösung von Vergangenem und

eine Akzeptanz des bisher Erlebten ermöglichen eine Verbesserung des Zustandsbildes und mehr Lebensqualität.

Ziele der psychoanalytischen Psychotherapie

Die Erfolge dieses Prozesses manifestieren sich nachweislich:

- in einer verbesserten körperlichen Gesundheit und einem fürsorglicherem Umgang mit dem eigenen Körper (weniger Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte);
- in verbesserten psychischen Strukturen:
 - altersinadäquate Konflikte sind bearbeitet und weitgehend aufgelöst;
 - die Fähigkeit, mit aktuellen Konflikten in Beziehungen und am Arbeitsplatz umzugehen, ist verbessert;
 - die Toleranz eigenen und fremden Gefühlen gegenüber ist erhöht;
- in einem verantwortungsbewussteren Umgang mit der nächsten Generation;
- in einem bewussteren, weniger störungsanfälligen Umgang mit den Lebensaufgaben, welche die komplexe moderne Welt stellt.

Einen gut fundierten therapeutischen Prozess kann der Patient nach Abschluss der Behandlung alleine weiterführen.

Dauer einer Psychotherapie

Langzeittherapie

Nachhaltigkeit

Die Wirkung einer psychoanalytischen Psychotherapie ist erwiesenermaßen umso nachhaltiger, je länger sie dauert. Die Behandlung bewirkt nicht nur die Reduktion einzelner Symptome. Behandelt wird die Gesamtpersönlichkeit mit ihrer Geschichte und dem Unbewussten, die dieses Symptom erzeugten. Allgemein kann man sagen, je länger das Leiden besteht und je schwer wiegender die Störung ist, desto länger dauert die Therapie. Obwohl bereits nach 25

Sitzungen deutliche Verbesserungen der Symptome und der Befindlichkeit nachweisbar sind, brauchen innerpsychische Strukturveränderungen und die Auflösungen der stark unbewussten Konflikte eine längere Psychotherapie.

Kurzzeittherapie

Es gibt auch Situationen, in denen kürzere Behandlungen zur Anwendung kommen können. Dafür wurden psychoanalytische Kurzzeit- oder Fokaltherapie-Verfahren entwickelt, welche in der Regel zwischen 10 bis 30 Sitzungen dauern. Diese kommen zur Anwendung, wenn die Störung Ausdruck eines feststellbaren Konfliktes oder als Reaktion auf ein klar äusseres Ereignis zu verstehen ist (z.B. Verlust eines nahen Angehörigen, Ablösungskrise eines Adoleszenten). Die Kurzzeitverfahren beziehen das Ende einer Behandlung von Anfang an ein und bearbeiten so vor allem die Probleme, Symptome und Konflikte, welche mit der Bewältigung von Trennungen und der Gewinnung neuer Autonomie verbunden sind. Kurze Therapieverfahren werden auch als Fokaltherapien durchgeführt, wobei ein deutlich bestimmbarer und für die aktuelle Störung auch entscheidender psychodynamischer Fokus ins Zentrum der Behandlung gerückt wird.

Psychoanalytische Ansätze werden auch in der Notfallhilfe oder Krisenintervention eingesetzt, wobei die Technik insofern modifiziert werden muss, als die akute, gefährdende Symptomatik vorrangig unter eine beschützende Kontrolle gebracht werden muss.

Nicht ausreichend ist Kurzzeitpsychotherapie, wenn die Symptomatik Ausdruck einer schweren Persönlichkeitsstörung ist.

**Notfall
Krise**

Kap. 2 Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapie

Dass bereits Kinder seelisch krank sein können, ist für viele Menschen irritierend und wird oft nicht zur Kenntnis genommen. Tatsächlich leiden aber beispielsweise im Kanton Zürich rund zwanzig Prozent aller Jugendlichen zwischen 13 und 20 Jahren unter Angststörungen, Depressionen oder anderen psychischen Erkrankungen (Befragung der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Universitätsklinik Zürich von 1997).

Auch psychische Erkrankungen bei Erwachsenen haben ihre Wurzeln häufig in unerkannten seelischen Störungen des Kindes- und Jugendalters. Werden diese Störungen frühzeitig erkannt und behandelt, kann das Risiko für spätere psychische Erkrankungen oder für eine Verschlimmerung und Chronifizierung der im Kindesalter bestehenden Erkrankung verringert werden.

Psychoanalytische Psychotherapie stellt eine valable und effektive Behandlungsalternative dar (z.B. bei depressiven und hyperaktiven Kindern), die nicht nur die aktuellen Symptome beseitigt, sondern auch die zugrunde liegenden seelischen Störungen und die damit verbundenen Entwicklungsbeeinträchtigungen.

Ohne Couch: Spezielle Methode für Kinder und Jugendliche

Kinder kann man nicht auf die Couch legen. Sie bewegen sich frei im Behandlungszimmer, das ein Spielzimmer ist. Hier dienen nicht in erster Linie verbale Äusserungen, sondern vor allem Inszenierungen im Spiel und bildnerische Darstellungen (z.B. Zeichnungen) der Exploration der inneren Welt des Kindes und seiner entwicklungsbehindernden Konflikte und Erfahrungen. Auch mit ganz jungen Kindern, die sich sprachlich noch kaum mitteilen können, oder bei gestörter Sprachentwicklung ist deshalb die Durchführung einer psychoanalytischen Psychotherapie möglich. Bei Jugendlichen stützt sich die Psychotherapie in erster Linie auf sprachliche Mitteilungen.

Die Kinderpsychotherapeutin lässt sich in das kindliche Spiel oder das Gespräch so weit einbeziehen, wie es für ein szenisches Verstehen und für das Verständnis dessen, was das Kind oder die Jugend-

Epidemiologie

Früherkennung

Spiel

bildliche Inszenierung

auch Sprache

Lösung	<p>liche mitteilen möchte, notwendig erscheint. Die dargestellten oder ausgedrückten bewussten und unbewussten Ängste, Wünsche und Konflikte werden in der therapeutischen Beziehung bewusst zugänglich, gedeutet und bearbeitet. Neue altersentsprechende Lösungsmöglichkeiten können gefunden werden und die stockende Entwicklung kommt wieder in Gang.</p>
Familiendynamik	<p>Die Eltern sind an der Therapie beteiligt</p> <p>Begleitend zur Therapie des Kindes werden in der Regel Gespräche mit den Eltern geführt, um einerseits die Eltern beim Umgang mit den kindlichen Problemen zu unterstützen und andererseits Veränderungen in der Eltern-Kind-Beziehung zu ermöglichen, die ein Aufgeben der Symptomatik und die altersgerechte Entwicklung des Kindes erleichtern. Veränderungen des familiendynamischen Gefüges durch den psychotherapeutischen Prozess des Kindes können in diesem Rahmen bearbeitet werden.</p> <p>Bei Kindern in den ersten Lebensjahren kann die Behandlung zusammen mit den Eltern erfolgen und auf die Eltern-Kind-Beziehung fokussiert sein.</p> <p>Bei Jugendlichen werden die Eltern der jeweiligen Situation entsprechend mehr oder weniger stark einbezogen.</p>
Symptombeseitigung / Entwicklung	<p>Behandlungsziele</p> <p>Eine Behebung oder Besserung der Krankheitssymptome ist durch die Behandlung in aller Regel möglich. Darüber hinaus ist das allgemeine Ziel die Beseitigung der seelischen Erkrankung, die den Krankheitssymptomen des Kindes oder der Jugendlichen zugrunde liegt. Das verhindert eine Verschiebung der Symptomatik, wenn z.B. das unerwünschte aggressive Verhalten verschwindet, statt dessen aber Bauch- und Kopfschmerzen auftreten, oder Schlafstörungen eine Enuresis ablösen, weil die zugrunde liegenden Schwierigkeiten nicht behoben sind.</p> <p>Je nach Krankheitsbild sind die Ziele im Einzelnen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Verbesserung der Beziehungsfähigkeit und der sozialen Integration;

- die körperliche Gesundheit und die Fähigkeit zur altersentsprechenden Selbstfürsorge;
- das emotionale Gleichgewicht und die Fähigkeit, Konflikte auszuhalten und produktiv zu lösen;
- die altersentsprechende Verselbständigung
- sowie die Verbesserung der Lern- und Leistungsfähigkeit.

Die altersgerechte Bewältigung der anstehenden Entwicklungsaufgaben ist das übergeordnete Therapieziel.

Indikation

Als Erstes muss geklärt werden, ob tatsächlich eine psychische Erkrankung vorliegt oder lediglich eine vorübergehende psychische Reaktion oder eine Erziehungsproblematik. Danach beurteilt die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin nach gründlicher Abklärung mit dem Kind und dem sozialen Umfeld, welche Art der Psychotherapie im Falle einer psychischen Erkrankung mit welcher Häufigkeit und Dauer aussichtsreich ist, und wie die Kooperation mit Kinderarzt, Schule oder anderen betroffenen Einrichtungen gestaltet werden kann.

Interdisziplinäre
Kooperation

Dauer der psychoanalytischen Psychotherapie von Kindern oder Jugendlichen

Die Dauer ist von vielen Faktoren abhängig. Alter des Kindes und Dauer der Erkrankung können eine Rolle spielen. Zu warten, ob sich die Störung «auswächst», ist also unökonomisch. Die Schwierigkeiten verfestigen sich, werden Teil der Persönlichkeitsstruktur und führen zu umfangreicheren Behandlungsnotwendigkeiten, während ein Eingreifen bei einer akuten Schwierigkeit bei Kindern oft mit geringem therapeutischem Aufwand viel bewirken kann, weil die Kinder sich ohnehin in einer Entwicklungsbewegung befinden.

Psychoanalytische Therapie mit dem Ziel von Veränderungen in der Persönlichkeitsstruktur braucht zirka 90 bis 180 Stunden bei einer Stundenfrequenz von ein bis drei Sitzungen in der Woche, je nach Chronifizierung und Schweregrad der Erkrankung. Psychoanalytische Fokal- oder Kurzzeittherapie bzw. Krisenintervention wird wie bei Erwachsenen in zirka 30 Stunden durchgeführt.

Wirtschaftliche Erwägungen

Körper - Seele	Seelische Belastungen zeigen sich bei Kindern nicht nur im Verhalten. Weit häufiger als Erwachsene reagieren sie mit körperlichen Symptomen. Die körperliche Verfassung eines Kindes sollte deshalb nicht losgelöst von der seelischen Entwicklung betrachtet werden.
Erkrankung / Versagen	Dann können durch eine frühzeitige Psychotherapie körperliche Erkrankungen und Spitalaufenthalte des Kindes vermindert und vermieden werden. Im Leistungsbereich wird die schulische Integration hergestellt und damit einem Schul- und Ausbildungsversagen mit entsprechenden Folgekosten vorgebeugt. Ein weiterer entscheidender Grund für eine frühzeitige psychotherapeutische Abklärung von Kindern und Jugendlichen ist die Verhinderung einer kostenintensiven Chronifizierung von psychischen Erkrankungen (Angststörungen, so genannte Hyperaktivität, Selbstverletzung oder Unfallneigung, Zwangserkrankungen, depressive Störungen) oder von psychogen (mit)bedingten körperlichen Erkrankungen (z.B. Neurodermitis, Asthma bronchiale, Enuresis, Enkopresis, Essstörungen, Schlafstörungen).
frühzeitige Abklärung	
Medikamente	Eine zunehmend unkritische Verordnung von Psychopharmaka und Schlafmitteln an psychisch kranke Kinder und Jugendliche hilft ihnen nicht bei der Bewältigung ihrer seelischen Probleme und Entwicklungsaufgaben. Die Wahrscheinlichkeit, dass notwendige innere und äussere Veränderungen unterbleiben, ist gross, wenn psychosomatische, verhaltensbezogene oder emotionale Störungen nicht psychotherapeutisch behandelt werden. Relativ wenig psychische Störungen, wie zum Beispiel kindliche Psychosen, erfordern eine Kombination aus Pharmako- und Psychotherapie.

Kap. 3 Psychoanalytische Gruppenpsychotherapie

Entwicklung und Methode der psychoanalytischen Gruppenpsychotherapie

Seit Freud wird das psychoanalytische Denken nicht nur auf den Einzelnen oder die individuelle Psyche ausgerichtet, sondern immer auch auf die sozialen und zwischenmenschlichen Beziehungen. Es geht in dieser Betrachtungsweise um die grundsätzlich «soziale Natur» des Menschen: Der einzelne Mensch entwickelt seine Persönlichkeit immer in den Beziehungen zu andern Menschen. Sie betont auch die gegenseitige Beeinflussung zwischen dem Individuum und dem sozialen Umfeld wie Familie, Schule, Freizeitgruppen, Arbeit, Volksgemeinschaften usw. Diese dynamischen Prozesse wirken jederzeit im Hier-und-Jetzt des Menschen. Die Beziehungserfahrungen bestimmen, wie wir in eine Gemeinschaft hineintreten; jeder Mensch wird immer aber auch durch die für ihn massgebenden Gruppen beeinflusst.

soziale Natur



Gruppenanalytische Konzepte wurden in der Folge auf verschiedene Gebiete übertragen wie z.B. Gruppenpsychotherapie, Familientherapie, Therapeutische Gemeinschaften, Team-Supervision, Balint-Gruppen und Institutionsentwicklung.

In der psychoanalytischen Gruppenpsychotherapie wurden verschiedene detaillierte Ausbildungsgänge entwickelt. Auch wenn diese Gruppentherapien zum Teil eigene Schwerpunkte in Theorie und praktischer Anwendung haben, sind ihnen doch grundsätzliche Konzepte der Psychoanalyse gemeinsam:

- Ausgangspunkt ist die Entwicklungspsychologie und Krankheitslehre der Psychoanalyse (vgl. Kapitel 1). Der besondere Blickwinkel der Gruppe ist dabei, dass die Störungen des Einzelnen immer auch Ausdruck gestörter Gruppenbeziehungen sind (z.B. in der Familie). Diese Entstehungsbedingungen sind dem betroffenen Menschen weitgehend unbewusst. Störungen wie Ängste, Selbstwertprobleme oder Depressionen kommen im Austausch

mit der sozialen Umwelt zum Ausdruck; die betroffenen Menschen sind nicht mehr in der Lage, ihre Bedürfnisse in ihren sozialen Beziehungen angemessen zu äussern und zu befriedigen. Die Probleme werden auf jede Gruppe übertragen – auch auf die therapeutische Gruppe.

- **Konflikt Wiederholung**
Psychoanalytische Gruppenpsychotherapie ermöglicht einen therapeutischen Prozess, der die Wechselwirkung zwischen Individuum und Gruppe sichtbar und spürbar macht. Die für den einzelnen typischen Konfliktsituationen werden in der Gruppe wiederholt und kommen in den Beziehungen in der Gruppe zur Darstellung. Sie können dadurch erkannt und bearbeitet werden. Auch die so genannt «negativen» Emotionen wie Angst, Trauer, Wut, Aggression, Neid und Hass können ausgedrückt werden. Die heftigen Gefühle werden mit Hilfe der Gruppe auf dem Hintergrund der eigenen Geschichte verstanden, was einen freieren und konstruktiven Umgang ermöglicht.
- **freie Kommunikation**
Die psychoanalytische Gruppenpsychotherapie baut auf der freien Kommunikation in der Gruppe auf. Grundlage ist der sprachliche Austausch, in dem auch die nonverbalen Zeichen erkannt und benannt werden und in die Kommunikation einfließen. Kommunikation verdeutlicht, was der Einzelne mitteilen möchte, macht gleichzeitig aber auch sichtbar, wie dieser Eigenausdruck von verzerrten Wahrnehmungen, Stereotypen, Vorurteilen und von Projektionen auf andere Menschen durchsetzt ist. In dem diese Verzerrungen und Projektionen in der Gruppe erkannt werden, führt die so verstandene Kommunikation letztlich zu einer besseren Wahrnehmung des Unterschiedes von Ich und Du. In diesem Austausch mit der äusseren Welt kann der Einzelne seine innere Welt erkennen und die Fähigkeit gewinnen, zwischen seinen früheren Beziehungserfahrungen (in der Fachsprache: die alten internalisierten Objektbeziehungen) und den gegenwärtigen Beziehungen zu unterscheiden. Aus der Kommunikation entsteht ein Lernen, sich auf andere Menschen einstimmen zu können, ihnen und ihrer Erfahrungen wie auch der eigenen Erfahrung Respekt und Sinn zu geben und dabei die eigene Handlungsweise neuen Situationen anzupassen.
- **Projektion**
- **lernen**

- Psychoanalytische Gruppenpsychotherapie wird mit einer Gruppe von zumeist sechs bis zehn Menschen in einem bestimmten Setting (oder Rahmen) durchgeführt. Setting bedeutet, dass Ort, Zeit, Dauer und Bezahlung mit den Teilnehmern abgesprochen und eingehalten werden. Mit den einzelnen Teilnehmern werden im Voraus auch ihre Erwartungen für die psychotherapeutische Arbeit besprochen und die Aufgabe der Gruppe umrissen.
- Die Gruppe ist wohl ein geschützter Raum, aber dennoch ein sozialer Mikrokosmos, in dem sich in einer neuen Wirklichkeit die unterschiedlichsten Menschen zusammenfinden.

Wirksamkeit der psychoanalytischen Gruppenpsychotherapie

Die Erforschung der Wirksamkeit der Gruppenpsychotherapie ist in die allgemeine Entwicklung der Erforschung der Psychotherapie eingebettet. Systematische Kontrolluntersuchungen, in die mehrere Gruppenbehandlungen einbezogen werden, stammen aus der jüngeren Zeit. Daneben gibt es eine Fülle von Einzelstudien mit erfolgreichem Ausgang, welche einen Blick in das Innenleben einer Gruppe gestatten (z.B. publiziert in den Zeitschriften «Group Analysis» oder «Gruppendynamik und Gruppenpsychotherapie»).

Zur Wirksamkeit der psychoanalytischen Gruppentherapie gibt es viele gesicherte Befunde: Eine kritische Zusammenstellung haben *Fuhrinam* und *Burlingame* (1994) in ihrem Handbuch publiziert. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch *Tschuschke* (1989), *Strauss*, *Eckert*, *Tschuschke* (1996) und die Studie von *Breyer*, *Heinzel*, *Klein* (1997).

Wie bei den Einzeltherapien wurden auch bei der Erforschung der Gruppenpsychotherapie Wirkfaktoren gefunden, welche z.T. unabhängig von der angewandten Methode wirken, welche z.T. aber auch für die psychoanalytische Behandlung spezifisch sind.

Forschung

Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie nach Yalom (1995)

(Die Reihenfolge entspricht der Gewichtung durch die Patienten)

- Interpersonales Lernen, «Input» (Konfrontation damit, wie man auf andere wirkt);
- Emotionale Offenheit (frei über sich reden, seine Gefühle zeigen und Reaktionen entgegennehmen);
- Kohäsion (Zusammenhalt in der Gruppe);
- Einsicht (Verstehen von psychodynamischen Zusammenhängen);
- Interpersonales Lernen, «Output» (sich mit andern in Beziehung setzen);
- Existentielles Bewusstwerden (Erfassen der eigenen Begrenztheit);
- Universalität des Leidens (Gemeinsamkeitserfahrungen);
- Einflößen von Hoffnung;
- Altruismus (Hilfe für andere);
- Wiederbelebung der Familie (Einsicht in die Kindheitsfamilie);
- Anleitung (Ratschläge);
- Identifizierung (mit andern Gruppenmitgliedern).

Für die Wirksamkeit von besonderer Bedeutung ist, in welchem therapeutischen Gesamtkonzept eine psychoanalytische Gruppentherapie steht oder mit welchen Zielsetzungen sie angewandt wird.

Wird z.B. eine psychoanalytische Gruppentherapie als alleinige Behandlungsmethode eingesetzt, so verfolgt sie andere, grundlegendere Therapieziele, als wenn sie in Kombination mit andern Behandlungen durchgeführt wird. Es geht bei dieser alleinigen Anwendung um eine nachhaltige Persönlichkeitsentwicklung, in der störende Symptome aufgelöst werden sollen. Im allgemeinen ist hierfür eine Behandlungsdauer von rund drei Jahren notwendig.

Dauer

Im ambulanten Bereich wird die Gruppentherapie oft als eine nachfolgende Ergänzung zu einer Einzeltherapie angesehen. Gleichzeitige psychoanalytische Einzel- und Gruppenbehandlungen sind eher ungünstig, da es schwierig ist, sich auf zwei intensive Prozesse gleichzeitig gewinnbringend einzulassen. Bei Menschen mit dieser Vorerfahrung geht es gleichsam um die praktische soziale Anwendung und Vertiefung ihrer Erkenntnisse aus der Einzeltherapie.

ambulant

Im stationären Bereich ist die Gruppentherapie Bestandteil eines umfassenden Behandlungsangebotes. Sie hat zumeist die Aufgabe der sozialen Integration der Patienten und ist in die allgemeine Zielsetzung der Klinikbehandlung eingebettet, zum Beispiel: Behandlung akuter schwerer Krisen, Entwicklung der Therapiefähigkeit für eine Behandlung nach der Klinik.

stationär

In gewissen Kliniken (z.B. Psychosomatische Kliniken) und bei der Behandlung besonderer Störungen (z.B. Borderline-Störungen) wird die psychoanalytische Gruppentherapie als therapeutisches Hauptinstrument eingesetzt. Die Evaluation dieser konsequent gehandhabten Programme zeigt einen hohen Grad der Wirksamkeit (Strauss, 1994, sowie Bateman/Fonagy, 2001).

Indikation

Prinzipiell können alle Patienten mit einer neurotischen Problematik oder Anpassungsstörung und mit bestimmten Zielsetzungen, auch schwerstkranken Menschen mit Psychosen oder Borderline-Störungen in einer psychoanalytischen Gruppentherapie entscheidende Hilfe erfahren.

Neben der eigenen Motivation müssen die Patienten aber noch gewisse persönliche Voraussetzungen mitbringen, damit eine Gruppentherapie erfolgreich sein kann. Es sind dies z.B. Neugier auf andere Menschen, gute Akzeptanz anderer und eine gewisse Hilfsbereitschaft, die Fähigkeit den Schilderungen anderer folgen zu können, Offenheit für psychologische Zusammenhänge usw.

Voraussetzungen

Ein entscheidender Umstand ist zudem, dass auch eine geeignete Gruppe zur Verfügung steht, die in ihrer Zusammensetzung sorgfältig ausgewählt worden ist. Die Konzipierung und Leitung einer Psy-

chotherapiegruppe verlangt qualifizierte Gruppentherapeuten, welche in der Lage sind, ein Arbeitsklima zu schaffen, in dem die Ressourcen der Einzelnen und die Wirkfaktoren der Gruppe zur Geltung kommen können.

Wirtschaftlichkeit der psychoanalytischen Gruppentherapie

Geschichte

Es liegt auf der Hand, dass Therapieangebote, bei denen gleichzeitig mehrere Menschen profitieren können, wirtschaftlicher sind als Einzeltherapien. Historisch gesehen sind Gruppentherapien oft in ökonomisch eingeschränkten Situationen entstanden (z.B. während des Zweiten Weltkrieges in England), wo für die vielen Patienten nur wenige Psychotherapeuten zur Verfügung gestanden sind. Aber auch in der jüngsten Studie von *Breyer/Heinzel/Klein (1997)*, in welcher umfassend die Wirtschaftlichkeit der ambulanten psychoanalytischen Therapien in der BRD untersucht wird, zeigt die Gruppentherapie einen höheren Grad der Wirtschaftlichkeit als die Einzelbehandlung. Es ist zugleich bemerkenswert, dass die Gruppentherapie bereits 30 Monaten nach Abschluss der Behandlung sämtliche Behandlungskosten allein durch Vermeidung übriger medizinischer Behandlungskosten wieder ausgleicht.

Kosteneffizienz

In einer ähnlichen, weniger flächendeckenden Studie konnten bereits in den 80er-Jahren von *Marschall* und *Battegay* in Basel nachweisen, dass die ambulante Gruppenbehandlung von Schizophreniekranken die Wiedereintritte in Kliniken erheblich reduzieren und damit kosteneffizient ist.

Spezifität

Es ist darauf hinzuweisen, dass die psychoanalytische Gruppentherapie die in diesen und ähnlichen Studien belegte Wirtschaftlichkeit nur dann realisieren kann, wenn sie als spezifische Behandlungsmethode angesehen wird. Spezifität bedeutet hier die Einhaltung der oben skizzierten Indikationskriterien, die Auswahl der geeigneten Patienten und die Zuweisung anderer Patienten in eine für sie angemessenere Einzeltherapie. Spezifität bedeutet auch, dass die Gruppen durch ausgebildete Gruppenanalytiker geleitet werden, wie dies in der zitierten Studie in der BRD der Fall ist. Die Gruppentherapie ist nicht einfach ein Ersatz für eine Einzeltherapie, sondern sie ist eine Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten.

Kap. 4 Wirksamkeit der psychoanalytischen Psychotherapie

Die Forschung über die Wirksamkeit von Psychotherapien im Allgemeinen hat eine lange Geschichte, und in dieser Geschichte spielt die Erforschung der psychoanalytischen Psychotherapie eine wichtige Rolle. Bereits vor dem Zweiten Weltkrieg haben *Fenichel* und *Alexander* in Berlin und Chicago psychoanalytische Behandlungsverläufe in Grosstudien untersucht. Nach dem Krieg, in den 50er-Jahren, wurde die Wirksamkeit von Psychotherapien durch den Verhaltenspsychologen *Eysenck* vehement in Frage gestellt. Diese Provokation führte zu einer Fülle von Forschungen und schliesslich zum eindrucklichen Nachweis der Wirksamkeit (*Smith, Glass, Miller*). Bis etwa 1990 beschäftigte sich die Forschung mit der Frage, was in einer Psychotherapie geschehen muss, damit am Ende ein positives Ergebnis erwartet werden kann. Man ging dieser Frage mit den Prozess- und Ergebnis-Studien nach. Auch aus dieser Forschungsphase resultieren wichtige Ergebnisse für die Wirksamkeit der psychoanalytischen Psychotherapie (z.B. die *Boston Psychoanalytic Institute Prediction Studies* in den USA).

In dieser Forschungsphase stellte sich allerdings auch die mangelnde Spezifität der verschiedenen Therapiemethoden dar, mit andern Worten: Alle wissenschaftlich fundierten Psychotherapiemethoden erwiesen sich als wirksam und in allen Psychotherapien konnten gemeinsame, unspezifische Wirkfaktoren gefunden werden.

Beispiele für unspezifische Wirkfaktoren in der Psychotherapie:

- Herstellung einer intensiven, emotionalen Beziehung und von Vertrauen;
- Klare Theorie über die Entstehung und Behandlung der Störung;
- Einhaltung eines Behandlungssettings;
- Umfassende Analyse der Probleme und empathische Hilfe;
- Vermitteln von Hoffnung und Erfolgserlebnissen;
- Förderung des emotionalen Erlebens.

Geschichte

allgemeine
Wirkfaktoren

spezifische Wirkfaktoren	In der Folge – und bis heute – konzentrierten sich wesentliche Forschungen auf die Frage der spezifischen Wirkfaktoren. Diese Forschungen gingen nicht ohne heftige Kontroversen, namentlich zwischen den verhaltenstherapeutischen und den psychoanalytischen Ansätzen einher.
umfassende Forschung	Eine dieser Kontroversen betrifft zunächst die Fragen der Wissenschaftlichkeit und wie die Wirksamkeit gemessen und nachgewiesen werden kann. Als Ergebnis dieser Debatte darf anerkannt werden, dass für den Wirksamkeitsnachweis eine umfassende Forschungsstrategie notwendig ist. Die Veränderungen müssen aus der Sicht der Patientinnen, des sozialen Umfeldes und der Therapeutinnen mit Einzelfallstudien, kontrollierten Vergleichstudien und naturalistischen Behandlungsstudien im psychotherapeutischen Versorgungsalltag erforscht werden. Aus der Sicht der psychoanalytischen Psychotherapie ist es beispielsweise unsachgemäß, für den Nachweis der Wirksamkeit nur Vergleichsstudien anzuerkennen, in denen Patientinnen im Zufallsverfahren verschiedenen Behandlungsgruppen zugewiesen werden (die sogenannten RCT / Randomised Controlled Trials). Diese – aus dem Bereich der Medikamentenforschung stammenden – Studien arbeiten mit stark selektionierten Patientinnen, verkennen die komplexen psychischen Störungsmuster und berücksichtigen das wichtige Faktum der freien Auswahl einer Therapeutin für das Gelingen einer Psychotherapie nicht (Kritik bei <i>Roth</i> und <i>Fonagy</i>). Aus dem Blickwinkel der Psychoanalyse sind auch die vereinfachenden Symptom-Fragebögen ungenügend, weshalb in den letzten Jahren Untersuchungsinstrumentarien entwickelt worden sind, wie zum Beispiel die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD), welche die von der psychoanalytischen Psychotherapie angestrebten innerpsychischen Veränderungen zu erfassen vermögen.
Dauer	Eine zweite Kontroverse entbrannte um die Länge der Therapien. Es wurde etwa behauptet, dass andere Verfahren als die psychoanalytische Psychotherapie in kürzerer Zeit wirksam seien (<i>Grawe</i>) und der Nutzen von Psychotherapien über 40 Stunden generell in Frage zu stellen sei. Die Debatte um diese Frage hat dann allerdings zu Tage gefördert, dass auch bei psychoanalytischen Kurztherapien (von 10–

30 Sitzungen) rasch eine Symptomverbesserung erzielt werden kann und bei längeren Therapien ebenfalls frühzeitig eine Symptomreduktion und damit Entlastung der Patientin stattfindet, welche unter anderem die vertiefte therapeutische Arbeit oft erst ermöglicht (Fäh/Fischer, 1998).

Ziele und Wirkungen von Kurz- und Langzeittherapien können aber nicht einfach miteinander verglichen werden, da diese Behandlungsformen sehr unterschiedliche Patientinnengruppen erfassen. In der amerikanischen Consumer Health Studie von *Seligman* hat sich herausgestellt, dass Langzeittherapien einerseits objektiv wirksamer sind und andererseits auch die Patientinnen subjektiv zufriedener sind.

Hervorzuheben sind in diesem Zusammenhang neue psychoanalytische Studien aus Schweden (*Sandell, 1997*) und Deutschland (*Leuzinger-Bohleber, 1997* und *2002*), welche mit dem psychotherapeutischen Alltag in der Schweiz übereinstimmen dürften.

Die Studie von *Sandell* hat ergeben, dass psychoanalytische Langzeitpsychotherapien wirksamer sind, je länger sie dauern und je höher die Zahl der wöchentlichen Sitzungen ist. Darüber hat sie einen auch in andern Studien gefundenen Effekt einer nachhaltigen Wirkung bestätigt, eine Verbesserung der Wirksamkeit über das Ende der Behandlungen hinaus.

In der Studie von *Leuzinger-Bohleber (2002)* konnte mittels Befragung von Patientinnen und Therapeutinnen sowie dem Beizug von Krankendaten (Arztbesuche usw.) eine sehr gute Wirksamkeit und günstige Effekte auf die gesamte Gesundheit nachgewiesen werden. Diese Studie hat darüber hinaus gezeigt, dass mit der psychoanalytischen Psychotherapie schwerste Störungsbilder wie Traumatisierungen und Depressionen behandelt werden können.

Der gegenwärtige Forschungsstand bestätigt die Wirksamkeit der psychoanalytischen Psychotherapie eindrücklich. Zusammengefasst können ihr folgende spezifischen Wirkungen zugeschrieben werden:

neue Studien

Nachhaltigkeit

Nachweise



Gesicherte spezifische Wirkungen der psychoanalytischen Psychotherapie:

- Verbesserung der psychischen Gesundheit;
- Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens;
- Verbesserung der Qualität der Beziehungen;
- Verbesserung der körperlichen Gesundheit;
- Abnahme der Häufigkeit von Arztbesuchen und Krankschreibungen;
- Besserung der Symptomatik bei Borderline-Störungen;
- Schwer kranke Patientinnen profitieren von der psychoanalytischen Psychotherapie, benötigen jedoch noch zusätzlich unterstützende Techniken;
- Bei korrekter Indikation ist eine Langzeitbehandlung wirkungsvoller als eine kurze Intervention;
- Bei freier Wahl der Therapeutinnen durch die Patientinnen ist der Erfolg deutlicher.

Kap. 5 Zweckmässigkeit der psychoanalytischen Psychotherapie

Der Begriff der «Zweckmässigkeit» ist in der gegenwärtigen Diskussion über Psychotherapiemethoden von Bedeutung, weil im KVG (Krankenversicherungsgesetz) neben der Wirksamkeit und der Wirtschaftlichkeit einer Behandlung auch abgewogen werden muss, ob die gewählte Behandlungsmethode besonders zweckmässig ist. Es geht dabei auch um einen Vergleich von Nutzen und Risiken: Eine Psychotherapiemethode ist dann zweckmässig, wenn ihr Nutzen grösser ist als die mit der Behandlung verbundenen Risiken. Dieser Vergleich ist auch mit allfälligen alternativen Behandlungsverfahren zu ziehen: Der Nutzen muss grösser sein als der Nutzen einer alternativen Methode einschliesslich einer abwartenden Haltung oder gar einer Nichtbehandlung mit den nachteiligen Folgen einer Chronifizierung der Störung.

Begriff

Für den Bereich der psychischen Störungen ist dieses Abwägen von besonderer Bedeutung, weil viele Störungen (z.B. Persönlichkeitsstörungen, Depressionen, Angstzustände, Süchte, psychosomatische Leiden) langfristig erhebliche soziale und gesundheitliche Risiken beinhalten.

Langzeitriskien

Zweckmässigkeit und Behandlungsziel

Das Behandlungsziel hat bei der Beurteilung der Zweckmässigkeit einen besonderen Stellenwert. Im Rahmen des KVG werden nur die Behandlungen von psychischen Störungen mit Krankheitswert als Pflichtleistung anerkannt und nicht die Anwendungen von psychologischen Methoden zur Selbsterfahrung und Entwicklung der Persönlichkeit. Bei der psychoanalytischen Psychotherapie geht es um die Behandlung, Heilung oder Linderung eines psychischen Störungszustandes. Dies geschieht über einen besseren Zugang zu den persönlichen psychischen Ressourcen und die Entwicklung der Ich-Kräfte.

Krankheitsbehandlung

Die psychoanalytische Psychotherapie bezieht speziell auch die unbewussten, verborgenen Prozesse mit ein. Sie ist damit nicht allein krankheits- oder störungsorientiert, sondern zielt auf die Entwicklung

Entwicklung der
Persönlichkeit

der gesamten Persönlichkeitsorganisation und ist deshalb in Behandlungen mit dieser Zielsetzung von besonderer Zweckmässigkeit.

Zweckmässig ist eine psychoanalytische Behandlung daher vor allem dann, wenn es darum geht:

- Die Konfliktfähigkeit und die soziale Verantwortung zu verbessern: Innere und äussere Konflikte, auch nicht offensichtliche, und/oder Symptome werden erkannt;
- Die individuelle psychische Belastbarkeit zu erhöhen und die Funktionalität in Gesellschaft und Familie zu fördern;
- Das subjektive Empfinden von Bedeutung und Selbstwert bei sich und den anderen sowie die Kommunikation mit dem sozialen Umfeld zu entwickeln;
- Lernen, wieder aktiv und konstruktiv seinen Bedürfnissen entsprechend Unterstützung zu holen;
- Autonomie und Eigenverantwortlichkeit zu entwickeln.

**unbewusste
Blockierungen**

Die psychoanalytische Psychotherapie ist dann zweckmässig, wenn die bewussten Überlegungen und das bewusste Wissen trotz Bemühungen nicht in entsprechendes Handeln umgesetzt werden können; wenn der Wille des Patienten nicht genügt, einen Zustand zu ändern; wenn also unbewusst Blockierungen die Absicht hindern. Wenn die bewusste Veränderungsfähigkeit nicht genügt, ist eine Methode nötig, die ein Konzept des Unbewussten entwickelt hat und damit arbeitet.

stationäre Patienten

Die psychoanalytische Psychotherapie ist also besonders zweckmässig für Patienten, die durch die verschiedensten Motive daran gehindert sind, mit ihren eigenen, bewussten Wünschen umzugehen. Diese Blockierung manifestiert sich als psychische Krankheit, die durch starkes Leiden an sich selbst charakterisiert ist.

Bei schwerstkranken Menschen, wo die Motivation eines Patienten infolge der Krankheit nicht vorausgesetzt werden kann, wie zum Beispiel bei vielen Klinikpatienten, ist eine Behandlung nötig und zweckmässig, welche diese Probleme aufnimmt und bearbeitet. Im Vergleich zu einer ambulanten Therapie übernimmt der Therapeut in

solchen Momenten eine aktivere Rolle, bis der Patient die eigene Struktur und Kompetenz im Umgang mit sich selbst (wieder) übernehmen kann.

Wenn sich das unbewusste seelische Leiden auf der körperlichen Ebene ausdrückt, fehlt das Verständnis für das Symptom gänzlich. Jede somatische Behandlung wird zwangsläufig scheitern. Häufige Arztwechsel sind oft die Folge. Da in der psychoanalytischen Psychotherapie die vielfältigen körperlichen Äusserungen in der aktuellen Beziehung gedeutet werden, kann ein Zugang gefunden und die Bedeutung des Symptoms im entsprechenden Zusammenhang verstanden und behandelt werden.

Patienten, die mit psychoanalytischer Psychotherapie behandelt wurden, sind nachgewiesenermassen besser als nicht-behandelte Patienten in der Lage, ihre notwendige Gesundheitsfürsorge und Krankheitsbehandlung im körperlichen und im seelischen Bereich einzuschätzen und zu steuern. Wenn die oben genannten Beeinträchtigungen nicht behandelt werden oder nicht mit auf das Unbewusste zielender Methode, werden die Patienten den Zugang zu ihren Ressourcen nicht finden und die Erkrankungen chronifizieren.

Daraus ergibt sich, dass der Einsatz der psychoanalytischen Psychotherapie im öffentlichen Gesundheitswesen besonders zweckmässig ist, weil sie über den unmittelbaren Behandlungseffekt hinaus die gesundheitliche Kompetenz und Resistenz speziell auch bei Risikogruppen vergrössert und damit Kosten vermindert.

Psychosomatik

reduzierte
Chronifizierung

gesteigerte
gesundheitliche
Kompetenz



Kap. 6 Wirtschaftlichkeit der psychoanalytischen Psychotherapie

Wirtschaftlichkeit und Krankenversicherung

Dass die finanziellen Mittel für die Heilung und Linderung von Leiden sparsam und gezielt eingesetzt werden müssen, unterstützen die Vertreterinnen der psychoanalytischen Psychotherapie nicht erst seit der Einführung des KVG (vormals KUVG 1911). Der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit eines Behandlungsverfahrens – soll dieses durch die Krankenversicherung finanziell abgedeckt werden – stand bereits im Zentrum, als in den 60er- und 70er-Jahren nach zähen Auseinandersetzungen Psychotherapien zur Behandlung von Krankheiten kassenpflichtig wurden und später in den Kantonen allmählich angemessene Tarife ausgehandelt werden konnten. Gewisse Kontroversen, welche das Krankheits- und Gesundheitsverständnis betreffen, bestanden schon damals. So wurde zum Beispiel die Kontroverse zwischen «Psychotherapie zu Zwecken der Heilung von Krankheiten/Störungen» versus «Behandlungen zum Zwecke der Persönlichkeitsveränderung oder Selbsterfahrung» all die Jahre hindurch diskutiert. Ähnlich gelagert ist die Diskussion über die prophylaktischen und «salutogenetischen» gesundheitsfördernden Aspekte der psychoanalytischen Psychotherapie, weil das KVG die Prophylaxe nicht explizit einschliesst.

In den 90er-Jahren ist nun die Debatte über die Wirtschaftlichkeit neu entbrannt. Hintergrund bilden die enormen wirtschaftlichen und sozialen Umwälzungen und die seit 20 Jahren dauernde «Kostenexplosion» im Gesundheitswesen. (Sie sind die Folge von Mehrleistungen, medizinisch-technischem Fortschritt, demografischen Verschiebungen, Fehlplanungen, Verlagerung der Kosten von Bund und Kantonen auf die Kassen sowie der Zunahme der Kosten für qualifizierte Arbeitsleistungen.) Der Bereich der Psychotherapie/Psychiatrie hat im Laufe der letzten 30 Jahre stetig an Bedeutung gewonnen. Psychische Leiden traten vermehrt auf und wurden zunehmend ernster genommen. Eine ähnliche Entwicklung ist bezüglich der psychosomatischen Krankheiten festzustellen; immer mehr wurde erkannt, dass hinter körperlichen Symptomen psychische Störungen zu

Kassenleistungen
seit Jahrzehnten

Kostenexplosion

Psychotherapiekosten

beobachtet sind. Die Studie Gesundheit in der Schweiz von 1993, herausgegeben vom Bundesamt für Gesundheit, BAG, stellt fest, drei Viertel aller Rentenfälle sei krankheitsbedingt und bei rund einem Drittel dieser Krankheiten handle es sich um Psychosen und Psychoneurosen. In der IV-Statistik 2001 sind diese Anteile noch höher: 42% aller krankheitsbedingten IV-Renten werden wegen Psychosen und Psychoneurosen geleistet. Gleichzeitig hat die Zahl der psychotherapeutisch Tätigen und die Zahl der Methoden zugenommen.

Psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen (ambulant und stationär) machen heute einen beachtlichen, aber vergleichsweise unterproportionalen Teil der Krankheitskosten aus, wobei allerdings von den ambulanten Psychotherapien (8% aller Arztkosten) eine Vielzahl nicht von den spezialisierten Psychotherapeutinnen und Psychiaterinnen, sondern von Hausärztinnen und Ärztinnen anderer Fachrichtungen abgerechnet werden.

Als Folge dieser Entwicklung und als Konsequenz der Revision des KVG (1994) hatte das BSV eine Expertenkommission zur Erarbeitung von Kriterien für die Prüfung von Psychotherapiemethoden (Präsident *Dr. G. Mattanza*, Abschluss 1998) eingesetzt, welche sich auch zur Überprüfbarkeit der Wirtschaftlichkeit geäußert hat.

Beurteilung der Wirtschaftlichkeit

Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit ist komplex. Sie ist davon abhängig,

- welche verschiedenartigen Nutzen man in das Kalkül einbeziehen will (z.B. nur den «harten» finanziellen Nutzen oder auch einen immateriellen Nutzen),
- ob man eher von kurzen oder längerfristigen Bewertungszeiträumen ausgeht,
- und welchen Rahmen man anlegt (individueller Nutzen, die Versicherten einer Krankenkasse, volksgesundheitlicher oder volkswirtschaftlicher Rahmen).

Die erwähnte BSV-Kommission hat diese Kriterien eher offen und zugleich auch pragmatisch umschrieben: «Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit von Psychotherapiemethoden ist als die vergleichende

Bewertung des durch Behandlung verursachten finanziellen Aufwandes mit dem Wert der Ergebnisse zu definieren. Abgesehen vom finanziellen Aufwand für die Behandlung nach einer bestimmten Psychotherapiemethode müssen also auch Kennwerte erfasst werden, die einen materiellen oder immateriellen Nutzen der Psychotherapie belegen. Kosten-Wirksamkeits-Analysen sind im Falle der Psychotherapie gegenüber Kosten-Nutzen-Analysen vorzuziehen. Nach wissenschaftlichen Kriterien soll untersucht werden, inwieweit die Behandlung mit einer bestimmten Psychotherapiemethode in der Lage ist, bei Patientinnen und Patienten beispielsweise Spitalaufenthalte oder Arbeitsunfähigkeiten zu vermeiden, zu verkürzen oder Behandlungskosten anderer Art zu reduzieren. Der Nutzen einer psychotherapeutischen Behandlung kann auch in einem Zuwachs an Lebensqualität liegen».

Nutzen
versus
Wirksamkeit

In einem späteren Abschnitt werden als Kriterien für die Wirtschaftlichkeit konkret bezeichnet: «Verminderte Inanspruchnahme von diagnostischen Abklärungen und ärztlichen Behandlungen im ambulanten und stationären Bereich, von Medikamenten, sozialen Diensten und Rentenleistungen. Verminderung von Arbeitsunfähigkeit und Invaliditätsgrad.» Sowohl von dieser Kommission wie auch von anderer Seite (z.B. Report über die Psychotherapie im NHS in England) wird hervorgehoben, dass im ganzen Feld der Psychotherapien (nicht nur der psychoanalytischen) der Forschungsstand über die «cost effectiveness» noch ungenügend ist.

Kriterien
der Wirtschaftlichkeit

Psychoanalytische Psychotherapie: Teuer und dennoch wirtschaftlich

Grundsätzlich stellt die psychoanalytische Psychotherapie eine kostenintensive volksgesundheitliche Dienstleistung dar, weil sie eine menschliche und nur unbedeutend technologisch rationalisierbare Leistung ist. Ihr Gegenstand ist eine menschlich-psychische Veränderung, welche eigenen Gesetzmässigkeiten unterliegt und nur beschränkt zeitlich komprimiert oder beschleunigt werden kann. Die Psychoanalyse und die weiterentwickelten Psychotherapien sind auch Ergebnisse unserer modernen Zivilisation, in der – um es sehr allgemein zu formulieren – das psycho-soziale und arbeitsmässige

Zeitbedarf

Gleichgewicht des einzelnen Menschen unter vielfältigen Belastungen zunehmend strapaziert worden ist. Sie sind sozusagen ein notwendiges Korrelat zur immer mehr durchrationalisierten Gesellschaft.

Die Kosten für eine einzelne psychoanalytische Behandlung gilt es hier zu differenzieren:

- Eine gewisse Zahl von Behandlungen sind Kurztherapien mit 20–40 Sitzungen; bei einem Stundenansatz von Fr. 150.– ergibt dies Gesamtkosten von rund Fr. 4500.–.
- Die Mehrzahl der Psychotherapien dauern rund 100 Stunden (zwei bis drei Jahre), um befriedigende Resultate zu erzielen; Kosten rund Fr. 15 000.– (oder Fr. 7500.– pro Jahr).
- Bei rund einem Drittel der Patientinnen sind Langzeitbehandlungen erforderlich (oft zwei Sitzungen pro Woche, 300–600 Sitzungen über einen Zeitraum von drei bis sechs Jahren); Kosten: Fr. 45 000.– bis 90 000.–, insgesamt (max. Fr. 15 000.– pro Jahr).

Langzeiteffekt

Trotz dieser Kosten gibt es deutliche Hinweise, dass psychoanalytische Psychotherapien wirtschaftlich sind. Sie müssen in Relation gesetzt werden zur Kostenvermeidung, wenn eine Chronifizierung, Arbeitsunfähigkeit und Berentung verzögert oder vermieden werden kann. Die psychoanalytische Betrachtungsweise geht davon aus, dass nicht allein Symptome, sondern die grundsätzlichen Bedingungen dieser Symptome verändert werden. Diese Veränderungen im Bereich der Persönlichkeitsstruktur haben Auswirkungen, welche über die Veränderung einzelner Störungen hinausgehen. Es ergeben sich Konsequenzen für das individuelle Leben (z.B. bewusstere Inanspruchnahme medizinischer Leistung, gesündere Lebensgestaltung, weniger selbstschädigende Verhaltensweisen usw.) und für die Bezugspersonen oder -gruppen, mit denen die Betroffenen im Austausch stehen (z.B. Verbesserung der erzieherischen Fähigkeiten psychisch kranker Menschen den eigenen Kindern gegenüber oder verbesserte soziale Kompetenzen am Arbeitsplatz). Die individuelle und soziale Nachhaltigkeit der Therapiewirkung hat bedeutende positive wirtschaftliche Auswirkungen.

Für diese aus der Praxis evidenten Erfahrungen gibt es bereits auch Ergebnisse aus der Forschung. A. Dührssen hat bereits 1962 die Kosteneffektivität der psychoanalytischen Behandlung nachgewiesen und in einer jüngsten Studie (Breyer et al. 1997) konnte erhoben werden, dass intensive psychoanalytische Therapien bereits nach wenigen Jahren die Kosten für die Behandlung wieder ausgleichen (durch einen Rückgang der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen).

Die Wirtschaftlichkeit psychoanalytischer Psychotherapien kann durch verschiedene Voraussetzungen und durch Massnahmen der Qualitätssicherung verbessert werden:

- Durch eine sorgfältige und klare Indikationsstellung für die Behandlung.
- Durch die Gewährleistung eines ausreichenden therapeutischen Prozesses: Behandlungen können unwirtschaftlich sein, wenn sie zu lange sind, d.h. wenn sich gezeigt hat, dass kein ausreichender therapeutischer Prozess in Gang kommt oder wenn sie über den Punkt der optimalen Verbesserung hinaus weiter geführt werden. Behandlungen können aber auch unwirtschaftlich sein, wenn sie zu kurz sind, um den notwendigen therapeutischen Prozess durchzuführen.
- Durchführung der Therapie bei einer spezifisch ausgebildeten Therapeutin, welche in einem aktiven beruflichen Austausch nach Abschluss der Ausbildung steht.

Kap. 7 Ausbildung in psychoanalytischer Psychotherapie

Die Ausbildung in psychoanalytischer Psychotherapie wird durch die Richtlinien der EFPP geregelt. (Anhang A, Seite 51) Sie setzt eine universitäre Grundausbildung voraus, d.h. ein Psychologie- oder Medizinstudium oder ein äquivalentes Studium, entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen.

Voraussetzung:
Universitätsstudium

Die eigentliche Ausbildung in psychoanalytischer Psychotherapie (qualifizierte Weiterbildung) erfolgt berufsbegleitend. Sie besteht aus einer persönlichen Psychoanalyse (Selbsterfahrung), der Ausbildung in psychoanalytischer Theorie und Technik sowie der praktisch-therapeutischen Arbeit und der Supervision.

Spezialisierung

Diese Ausbildung dauert ungefähr sechs Jahre. Es handelt sich um eine sehr spezialisierte Ausbildung und sie erfordert gründliche Kenntnisse der Theorie in enger Verknüpfung mit Selbsterfahrung und Arbeit mit den Patienten. Sie ist deshalb ausführlicher und länger als die von der FMH angebotene Grundausbildung in psychoanalytischer Psychotherapie für Ärzte.

Bedeutung der mehrjährigen und intensiven Ausbildung

Dies hängt zusammen mit einer von jeher bestehenden und grundsätzlichen Auffassung über Qualitätssicherung in der Ausbildung und Berufsausübung psychoanalytischer Psychotherapeuten. Qualitätssicherung mit den oben beschriebenen Instrumenten wie Supervision und permanenter Fortbildung ist für psychoanalytische Psychotherapeuten seit frühestem Beginn der Entwicklung der Psychoanalyse ein wesentlicher Bestandteil für die Aufrechterhaltung der Qualität ihrer Arbeit und wurde mit der Zeit weiterentwickelt und verfeinert.

Qualitätssicherung

Die EFPP verfügt in der Schweiz bis anhin über kein eigenes Ausbildungsangebot. Sie stellt jedoch Richtlinien auf und empfiehlt Ausbildungsinstitute, seit 2002 baut sie zudem einen eignen Ausbildungsgang auf.

Die EFPP ist eine Institution, welche diese Richtlinien für die Ausbildung überprüft und gemäss ihren Richtlinien Zertifizierungen vornimmt. Sie unterstützt die Identität der psychoanalytischen Psycho-

Rolle der EFPP

therapeuten durch fachliche und berufspolitische Aktivitäten, und sie fördert den kritischen Dialog unter Kollegen. Sie repräsentiert die psychoanalytische Psychotherapie in der Öffentlichkeit und beantragt deshalb offiziell die Anerkennung der psychoanalytischen Psychotherapie als Methode der Krankenbehandlung innerhalb der obligatorischen Krankenversicherung beim BSV.

Notwendigkeit der permanenten Fortbildung

Das Interesse für das psychoanalytische Verständnis des Menschen und dessen Leiden setzt beim Therapeuten die Bereitschaft voraus, sich während der gesamten Dauer seiner Berufstätigkeit mit sich selbst und mit der Theorie auseinanderzusetzen. Schon während der Ausbildung wird der angehende Therapeut darauf vorbereitet, Verantwortung zu übernehmen für die kontinuierliche Fortbildung. Diese geschieht im Rahmen von Intervision, Supervision, Vorträgen, Seminaren und Kongressen. Die EFPF macht hierzu in der Schweiz und auf europäischem Niveau ein reichhaltiges Angebot an Fortbildungsveranstaltungen.

Qualitätssicherung

Die Erhaltung und Verbesserung der Qualität der Arbeit ist bei der psychoanalytischen Psychotherapie ein fest verankertes Anliegen, wie im vorhergehenden Teil zur Ausbildung ausgeführt worden ist. Psychoanalytisches Denken stellt an sich einen selbstreflektierenden Prozess dar, dessen Qualität kontinuierlich in Frage gestellt und gefördert wird.

Strukturqualität

Die Strukturqualität wird in der psychoanalytischen Psychotherapie wesentlich gesichert durch die anspruchsvolle Aus-, Weiter- und Fortbildung. Alle Bereiche, von der Selbsterfahrung über die Theorie zur klinischen Anwendung, werden in einer qualifizierenden Aus- und Weiterbildung gelernt und in der Fortbildung weiter vertieft durch persönliche Psychoanalyse des Therapeuten, Selbstanalyse, Analyse der Gegenübertragungen, Supervision, Intervision, Lektüre und Arbeit an theoretischen und technischen Konzepten aufgrund der praktischen klinischen Erfahrungen.

Die Prozessqualität drückt sich in der psychoanalytischen Psychotherapie darin aus, dass der therapeutische Prozess, die Interaktion zwischen Patient und Therapeut als solche, Gegenstand der therapeutischen Arbeit ist. In der kontinuierlichen eigenen Arbeit und in Intervention und Supervision mit Kollegen geschieht eine dauernde Auseinandersetzung mit dem therapeutischen Prozess und dessen Qualität.

Prozessqualität

Die Ergebnisqualität der psychoanalytischen Psychotherapie muss sich an ihrem Anspruch messen, wie in den Kapiteln zur Wirksamkeit und zur Forschung ausgeführt wird. In der psychoanalytischen Psychotherapie enthält die Ergebnisqualität in jedem Falle sowohl eine der individuellen Erlebensform der einzelnen Patienten verpflichtete Komponente, als auch eine, die sich am funktionalen Verhalten orientiert. Die Messung am Symptom sagt nur wenig aus über die Qualität einer Psychotherapie, wenn nicht die Dynamik der innerpsychischen Auseinandersetzung, die in Gang gekommen ist, und die lang dauernde Veränderung im Umgang mit innerpsychischen Konflikten berücksichtigt wird.

Ergebnisqualität

Sollen die bereits breit angewendeten Methoden der Qualitätsoptimierung der psychoanalytischen Psychotherapie mit formalisierten, methodenübergreifenden Verfahren der Qualitätssicherung verknüpft werden (z.B. mit Erhebungen über die «Konsumentenzufriedenheit» usw.), so verlangt dies wiederum, dass das Spezifische der psychoanalytischen Psychotherapie, wie es in diesem ARGUMENTARIUM dargestellt worden ist, voll berücksichtigt wird.

Kap. 8 Forschungsstand: Zahlen und Fakten

Psychotherapie-Forschung ist notwendig

Der Stellenwert der Psychotherapie-Forschung und die Frage nach wissenschaftlich abgesicherten Befunden hat in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Der Psychotherapie-Bereich hat sich differenziert und deutlich professionalisiert und damit auch zur Notwendigkeit geführt, die jeweiligen Therapierichtungen und ihre Anwendungsbereiche wissenschaftlich abzustützen. Die Etablierung der Psychotherapie an den Universitäten und in den psychiatrischen Institutionen hat zu einem grossen Forschungsschub beigetragen. Im öffentlichen Gesundheitswesen wurde ebenfalls infolge der grossen Umwälzungen die Forderung der wissenschaftlichen Überprüfbarkeit immer eindringlicher gestellt. Dies zeigt sich z.B. auch in den neuesten Trends des Qualitätsmanagements im Sozial- und Gesundheitsbereich. In der Schweiz wird der Fragenkomplex in Berufsverbänden und Fachgesellschaften auch auf Bundesebene heftigst diskutiert (Bundesamt für Sozialversicherungswesen BSV, Eidgenössische Leistungskommission KVG, «Mattanza»-Bericht).

Die EFPP, die sich ausdrücklich für die Anwendung der psychoanalytischen Psychotherapie im öffentlichen Gesundheitswesen einsetzt, begrüsst diese Diskussion über die wissenschaftliche Absicherung von Psychotherapien; nicht zuletzt, weil es gewichtige Forschungsfakten für die psychoanalytische Psychotherapie gibt.

wissenschaftliche
Überprüfbarkeit

Spannungsfeld unterschiedlicher Standpunkte in der Therapieforschung

Von Anfang an hatte die empirische Forschung in der Psychoanalyse einen grossen Stellenwert. Was darunter zu verstehen sei, darüber gingen und gehen die Meinungen allerdings auseinander. Mit dem Freudschen Junktim, der dauernden Verknüpfung von Forschen und Heilen reklamierte die Psychoanalyse von Anfang an einen eigenständigen, klinisch-kasuistischen Zugang zur beobachtenden Forschung. Auf der anderen Seite war es in zunehmendem Masse notwendig, den etablierten Forschungskriterien der empirischen Medi-

Kasuistik
und
Empirie

Zugangsmethoden

zin- und Sozialwissenschaften auch in der psychoanalytischen Forschung Rechnung zu tragen. So entstand ein Spannungsfeld zwischen dem berechtigten Interesse, eine der psychoanalytischen Psychotherapie gegenstands- und methodenadäquate Forschung zu etablieren einerseits, und der Forderung nach Anpassung unter den gängigen positivistischen Methodenkanon andererseits (z.B. Vergleichsstudien, randomisierte Kontrollstudien RCA, Anwendung von Statistik). Durch die immer differenzierter werdende Methodik in der Erfassung des psychodynamischen Befundes, der Beziehungsstrukturen, der vorherrschenden Konflikte usw. ist eine bessere Vermittlung zwischen den Positionen möglich geworden. Dennoch bleibt das Spannungsfeld bestehen, es ist auch nicht einfach auflösbar.

Auswahl aus einer Fülle von Ergebnissen

Im Folgenden wird nur der Teil aktueller psychoanalytischer Forschung zusammengefasst, der Gruppenuntersuchungen zu Prozess und Ergebnis psychoanalytischer Psychotherapien enthält. Damit bleibt ein grosser Forschungsbereich, z.B. die qualitative Einzelfallforschung, ausgeklammert. Die Auswahl rechtfertigt sich durch die notwendige Umfangbeschränkung, aber auch inhaltlich: Es gilt die breite Forschungstradition und die Vielfalt von Ergebnissen innerhalb der psychoanalytischen Psychotherapie auch im Sinne der etablierten empirischen Forschungsbegriffe aufzuzeigen.

umfassende Übersicht

Die Befundlage ist so umfangreich, dass es schwierig ist, einen Überblick zu wahren. Ein Glücksfall ist es deshalb, dass das Forschungskomitee der Internationalen Psychoanalytischen Assoziation IPA eine Übersichtsarbeit zu Ergebnisstudien in der psychoanalytischen Psychotherapie vorgelegt hat, die im Internet (Homepage der IPA) bestellbar ist und die laufend erneuert wird (*An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis*). Mit dieser Arbeit dürfte die aktuellste und umfassendste Übersicht über die psychoanalytische empirische Forschung vorliegen. Die folgenden Ausführungen beschränken sich also darauf, die zusammenfassenden Stellungnahmen dieser Arbeit zum Teil zu übersetzen, zum Teil zu umschreiben.

Wichtigste Ergebnisse

Abkürzungen siehe Anhang D, Forschungsstudien, Seite 61

- Angaben über Prozentzahlen von Patientinnen, die von psychoanalytischer Psychotherapie profitieren, variieren. Dennoch lassen sich verschiedene deutliche Befunde hervorheben.
- Abgeschlossene Analysen werden durchwegs mit grösseren persönlichen Gewinnen verbunden (CURP, BIIIA, BPIS).
- Je länger die Behandlung, desto besser das Ergebnis (NYPIS, CURP, HSB, BPIS, BJS).
- Psychoanalytische Psychotherapie kann das Funktionsniveau einer klinischen Gruppe anheben auf das Niveau der Normalpopulation (TSS, SKIS, BJS).
- Eine intensive psychoanalytische Behandlung ist effektiver als psychoanalytische Psychotherapie (CURP, BIIIB, AFC4, LAS).
- Manchmal ist die Überlegenheit der Psychoanalyse über die Psychotherapie erst Jahre nach Behandlungsende offensichtlich (SKIS, AFC3).
- Die Überlegenheit der Psychoanalyse über die Psychotherapie wird allerdings manchmal in der Katamnese nicht bestätigt (HAS, BPIS).
- Manche Ergebnisse legen nahe, dass Psychoanalyse und psychoanalytische Therapie kostengünstig und sogar kosteneffizient sind (NPS, TSFC, BJS, TKS).
- In manchen Studien wird die Psychotherapie als noch kostengünstiger eingeschätzt als die Psychoanalyse (TKS).
- Psychoanalytische Psychotherapie führt zu einer Verringerung der Gesundheitskosten (BII, BJS), und dies auch über Jahre nach Therapieende (TKS).
- Die Psychoanalyse führt aber auch zu erhöhter Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten (SKIS).

- Die psychoanalytische Psychotherapie kann zu einer Verringerung des Gebrauchs psychotroper Medikamente bei stationären Behandlungen führen (BIIIA).
- Die psychoanalytische Psychotherapie verbessert die Arbeitsfähigkeit (BII, BIIIA, BJS, TSS).
- Die Langzeitbehandlung in psychoanalytischer Psychotherapie kann eine Borderlinesymptomatik langfristig verringern (NPS, MCFO, NSW, LPHS), und diese Verbesserungen halten an.
- Die psychoanalytische Psychotherapie kann eine effektive Behandlungsform für schwere psycho-somatische Störungen sein (AFC1, BIIIA).

Aussagen über die Behandlung bestimmter Patientinnengruppen

- Schwer gestörte Patientinnen profitieren spezifisch von der Psychoanalyse, mehr noch als von Psychotherapie (AFC1, HSC).
- Verhaltensstörungen sprechen auf psychoanalytische Psychotherapie schlechter an als emotionale Störungen (AFC2, BIIIA).
- Jüngere Kinder profitieren von psychoanalytischer Psychotherapie besser als ältere (AFC2).
- Anaklitische Probleme werden in der Psychotherapie besser behandelt, introjektive Probleme dagegen in der Psychoanalyse (MPRP).
- Psychosomatische Störungen sprechen gut auf psychoanalytische Psychotherapie an (HSA, BIIIA).

Einflussfaktoren auf den therapeutischen Prozess

- Die erfolgreiche psychoanalytische Therapie schwerer Persönlichkeitsstörungen benötigt die Kombination supportiver und expressiver Techniken (MPRP).
- Die therapeutische Beziehung am Anfang der Behandlung erlaubt es, das Ergebnis vorherzusagen (BIIC).
- Stützende Therapie ist für psychotische Patientinnen in Hinsicht auf ihre Anpassungsfähigkeit überlegen (BPSS).
- Angst, Schuld und Übertragungsidealisierung sind mit erfolgreichen Behandlungsergebnissen verbunden, während Scham, Erniedrigung und existenzielle Ängste mit scheiternden Behandlungen verbunden sind (AFC4).
- Gute symptomatische Ergebnisse werden durch Änderungen in den Träumen antizipiert (USD).

Therapeutinnen und das Therapeutinnen/Patientinnen-Verhältnis als Einflussfaktor

- Erfahrene Analytikerinnen sind nicht unbedingt die effektivsten (SKIS, NYPIS).
- Es gibt Hinweise, dass klassische psychoanalytische Einstellungen in psychoanalytischer Psychotherapie wenig hilfreich sind (SKIS).
- Das Zusammenpassen von Analytikerin und Patientin ist ein zentraler Prädiktor des Ergebnisses (BPIS).

Forschungsentwicklung

Die Forschungslandkarte ist innerhalb dieser kurzen Zeit sehr viel bunter und vielfältiger geworden. Empirische Forschung in der Psychoanalyse ist immer weniger eine Terra incognita, dieser Kontinent wird immer besser erschlossen, und zwar mit subtilen und vorsichtigen Mitteln, nicht mit der Brechstange.

herausragende Ergebnisstudien	<p>Zwei Ergebnisstudien haben zurecht viel Aufmerksamkeit gefunden. <i>Leuzinger-Bohleber</i> und andere haben in einer differenzierten und umfangreichen Katamnesestudie die guten und dauernden Langzeiteffekte von Psychoanalysen und psychoanalytischen Psychotherapien belegt (<i>Leuzinger-Bohleber u.a. 2002</i>). <i>Sandell</i> und Mitarbeiter haben in einem spannenden Design (Einstieg in die Untersuchung von Psychoanalysen und Psychotherapien in unterschiedlichen Phasen der Therapie) gezeigt, dass die beiden Gruppen von Verfahren wirksam sind, dass die Analysen aber längerfristige Effekte zeitigen (<i>Sandell et al. 2000</i>).</p> <p>Andere Follow-up-Studien haben das Design der Consumer Report Study repliziert und Selbstbeurteilungsbögen zur Ergebnismessung analytischer Psychotherapien eingesetzt (<i>Freedman et al. 1999</i>); wegen der methodischen Einschränkungen müssen diese Ergebnisse, die die oben genannten positiven bestätigen, allerdings vorsichtig interpretiert werden.</p>
Prozessforschung	<p>Tatsächlich sind in den letzten Jahren die Forschungsmittel immer genauer und methodenadäquater geworden. Das hat der Prozessforschung einen eindrucklichen Aufschwung gegeben – ein Forschungsgebiet, das für die Therapeutinnen selbst besonders interessant ist, weil die Prozessforschung den psychoanalytischen Prozess besser zu verstehen, seine Wirkfaktoren aufzudecken erlaubt. Einige Beispiele seien genannt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Erforschung der Übertragungsbeziehung mit Hilfe des schon seit 1977 bekannten ZBKT-Instruments (Zentrales Beziehungskonflikt-Thema) (<i>Dahlbender et al. 2001</i>); • Computergestützte Sprachanalysen, die es erlauben, therapeutische Zyklen, d.h. den Wechsel von Affekterleben und kognitiver Bearbeitung in Therapien darzustellen (<i>Mergenthaler 2000</i>); • Die Erforschung von subjektiven Erklärungssystemen, z.B. in Bezug auf die Übereinstimmung zwischen Therapeutin und Patientin und deren Folgen für den analytischen Prozess (<i>Werbart et al. 2000</i>);

- Der Einsatz der Konversationsanalyse als qualitativer Forschungsmethode zur Untersuchung von psychoanalytischen Stunden (*Peräkylä 2000*);
- Die Entwicklung von analytischen Prozess-Skalen zur reliablen Beschreibung des psychoanalytischen Dialogs (*Scharf et al. 1999*).

Process-Outcome-Untersuchungen stellen besonders elegante Verfahren dar, weil sie nicht darauf verzichten, Ergebnisse zu untersuchen, diese aber auf den therapeutischen Prozess beziehen können. Auf fünf Studien aus diesem Bereich soll auf jeden Fall hingewiesen werden:

Process Outcome

- Die Heidelberger Praxisstudie Psychoanalytische Langzeittherapie untersucht in Heidelberg und Berlin ein- und mindestens dreistündige psychoanalytische Langzeit-Psychotherapien und vergleicht deren Verläufe und Ergebnisse. (*Rudolf, G., Grande, T.*)
- Die schweizerische Forschungsinitiative Psychoanalytische Psychotherapie FiPP, eine Initiative der EFPP, untersucht unter realistischen Bedingungen der ambulanten Praxis Veränderungsprozesse und Behandlungsergebnisse von ein- und zweistündigen Psychoanalytischen Psychotherapien mit Patienten von unterschiedlichem Strukturniveau, d.h. mit unterschiedlichem Schweregrad psychischer Störung, der von spezifisch psychoanalytischen Instrumenten erfasst wird. Die Verläufe und Ergebnisse der ein- und zweistündigen Therapien mit den unterschiedlich strukturierten Patienten werden miteinander verglichen (*Küchenhoff, J.*).
- Die Hamburg-Frankfurt-Langzeit-Psychotherapie-Studie hat psychoanalytische Langzeit-Psychotherapien mit behavioralen Langzeittherapien verglichen, und zwar in der Behandlung von Angst und Depression; Ergebnisse sind in Vorbereitung (*Brockmann, J., Schlüter, T., Eckert, J.*).
- Das Berkeley-Psychotherapieforschungsprojekt untersucht schon seit Jahren systematisch Prozessfaktoren, die zum Erfolg verschiedener Settingmodalitäten beitragen (*Jones, E., 2000*).

- Zukunftsweisend ist das AHMOS-Projekt: AHMOS steht für die beteiligten Zentren, Amsterdam, Helsinki, Mailand, Oslo, Stockholm und meint eine Multicenter-Studie zu Prozess und Ergebnis von Psychoanalysen. Die Studie wird vertreten z.B. durch Szecsódy, Killingmo und anderen.

Grenzen der empirischen Evidenz in der psychoanalytischen Forschung

Notwendigkeit
weiterer
Forschung

Die Vielzahl vorliegender Befunde sollte nicht vergessen machen, dass weitere und intensiviertere Forschungsanstrengungen notwendig sind. Gerade ältere Forschungsstudien leiden – aus heutiger Sicht – unter methodischen Schwächen. Zu ihnen gehören das Fehlen standardisierter Diagnosen, ungenaue Spezifizierung der therapeutischen Massnahmen, unklare Probandenselektionen, mangelhafte statistische Auswertungsprozeduren usw. Therapievergleichsstudien sind schwer durchzuführen, eine Überlegenheit psychoanalytischer Psychotherapien im direkten Vergleich zu anderen Verfahren konnte nicht belegt werden. Am wichtigsten erscheint heute die methodische Schwierigkeit, dass der psychoanalytische Prozess selber noch nicht gut empirisch darstellbar ist. Gerade hierauf richten sich aber die aktuellen Forschungsbemühungen.

Schlussbemerkungen: Umfangreiche Forschung und doch bleibt noch einiges zu tun!

Für weitere Informationen sei die bereits genannte Review von Fonagy sehr empfohlen, die in der ausgedruckten Version 270 Seiten umfasst und die dieser Zusammenfassung zugrunde liegt. Einige Schlussfolgerungen zum Stand der empirischen Forschung in der Psychoanalyse sollen am Ende stehen:

- Es ist ein Mythos, dass die Psychoanalyse keine empirische Forschung vorzuweisen hat.
- Es bleibt noch viel zu tun. Vor allem muss die Forschung – wie in jedem anderen Fach – mit den zur Verfügung stehenden verbesserten Methodiken aktuell weitergeführt werden.
- Dringend erforderlich ist es, störungsspezifische Forschungsdaten zu veröffentlichen. Was Störungsspezifität ist, das hat die

psychoanalytische Theorie nicht in erster Linie an den Vorgaben der deskriptiven Psychopathologie festgemacht. Da die Verteilung der Ressourcen im öffentlichen Gesundheitswesen aber in den nächsten Jahren zunehmend davon abhängen wird, ob der Nachweis störungsspezifischer Behandlungseffektivität von den Psychotherapieverfahren erbracht werden kann, soll die psychoanalytische Forschung zeigen, welche Befunde sie hierzu bereits hat, und sie sollte weitere störungsspezifische Forschungsdaten erheben.

- Die wissenschaftstheoretische Diskussion darüber, welche Forschungsverfahren dem Krankheits- und Heilungsverständnis der psychoanalytischen Psychotherapie angemessen sind, ist zu wenig bekannt und sollte offensiv geführt und intensiviert werden.

Anhang (A)

Ausbildungsrichtlinien der EFPP

Sektion Erwachsene (Deutsche Schweiz)

für die psychoanalytische Psychotherapie von Erwachsenen

1. Grundausbildung

Abgeschlossenes Studium der Medizin oder Psychologie; andere Studienrichtungen entsprechend der gesetzlichen Verordnung.

2. Selbsterfahrung

Gesamthaft mindestens 450 Sitzungen à 45 Min. (drei Sitzungen wöchentlich) in der Regel beim gleichen Psychoanalytiker resp. bei der gleichen Psychoanalytikerin.

3. Supervision

Supervision von mindestens vier abgeschlossenen Therapien; zwei kurze Therapien (unter 30 Stunden) und zwei länger als 100 Stunden. Im Falle einer mindestens drei Jahre dauernden Ausbildung auf Psychotherapiestationen, die nach einem psychoanalytischen Konzept geleitet werden, kann eine Langzeittherapie durch eine Kurztherapie ersetzt werden. Im Laufe der Ausbildung sollte der Supervisor resp. die Supervisorin einmal gewechselt werden. Es werden minimal 300 Supervisionssitzungen verlangt, 200 davon als Einzelsitzungen; 100 Sitzungen können in Kleingruppen (nicht mehr als vier Teilnehmer, 90 Min. Dauer) abgehalten werden.

4. Theorie und Technik

Besuch von theoretischen und technischen Seminarien zur psychoanalytischen Psychotherapie und deren Anwendung, mindestens 400 Stunden.

5. Praktikum

Psychotherapeuten, die sich nicht über eine Facharztausbildung (Psychiatrie und Psychotherapie FMH) ausweisen können, müssen mindestens während eines Jahres (gemäss den gesetzlichen Bestimmungen) unter Anleitung eines ausgebildeten Psychotherapeuten oder unter kontinuierlicher externer Supervision bei einem von der EFPP anerkannten Supervisor resp. einer Supervisorin in einer psychiatrischen Institution praktisch therapeutisch tätig gewesen sein. Diese praktische Tätigkeit soll Gelegenheit bieten, Berufserfahrung mit Patienten mit unterschiedlichen psychischen Erkrankungen zu gewinnen.

Die Ausbildung dauert in der Regel nach der Grundausbildung sechs Jahre.

Angenommen anlässlich der Jahresversammlung vom 15.5.1997.

Sektion psychoanalytische Gruppenpsychotherapie

- Die Ausbildung kann nur in spezialisierten Ausbildungsinstituten erfolgen, welche die Lehrkräfte und Supervisoren nach definierten Qualitätskriterien aussuchen.
- Zugelassen zur Ausbildung sind in der Regel Kandidaten mit einem Hochschulabschluss in Psychologie oder Medizin.
- Das Ausbildungsprogramm dauert mindestens 4 Jahre, es umfasst:
 - mindestens 240 Stunden Selbsterfahrung in einer Gruppe (falls der Ausbildungsteilnehmer eine Selbsterfahrung in einer Einzelanalyse hat noch) 120 Stunden
 - Supervision von 180 Stunden von zwei Gruppentherapien
 - Theorieseminare von 200 Stunden
 - Ausreichende klinische Erfahrung in anerkannten psychosozialen Institutionen
 - Abschlussarbeit im Sinne der Darstellung einer Gruppentherapie und ihrer theoretischen Begründung

Anhang (B)

Definitionen der Kommission Mattanza (BSV) WZW

Die Begriffe Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit sind im «Handbuch zur Standardisierung der medizinischen und wirtschaftlichen Bewertung medizinischer Leistungen» definiert. Es liegt in der Natur der Psychotherapie, dass Ziel-, Erfolgs- und Wertvorstellungen sehr unterschiedlich sind. Für die Belange der Psychotherapie bedürfen die Definitionen einer Differenzierung und Ergänzung.

Wirksamkeit

Als wirksam kann eine psychotherapeutische Behandlung oder Methode bezeichnet werden, wenn sie bei einer Störung mit Krankheitswert zu nachweisbaren Veränderungen führt, die als Symptomreduktion, als grössere Lebenszufriedenheit, Annahme oder Umgestaltung der Lebenssituation, bessere Alltagsbewältigung oder als Stabilisierung erfasst werden können. Die sachgerechte Beurteilung der Wirksamkeit einer psychotherapeutischen Behandlung oder Methode in der Praxis erschliesst sich somit aus der Anwendungsbeobachtung und Dokumentation nach anerkannten wissenschaftlichen Prinzipien.

Zweckmässigkeit

Die Prüfung der Zweckmässigkeit einer Psychotherapiemethode setzt einen Behandlungsbedarf voraus und ist zu definieren als die vergleichende Beurteilung des Nutzens der Behandlung für die Patientinnen und Patienten mit den Risiken derselben. Demzufolge gilt eine Psychotherapiemethode dann als zweckmässig, wenn ihr Nutzen grösser ist als die damit verbundenen Risiken oder die Risiken alternativer Behandlungen einschliesslich einer abwartenden Haltung beziehungsweise einer Nichtbehandlung mit der nachteiligen Folge einer Chronifizierung der Störung. Als zweites Kriterium der Zweckmässigkeit einer Psychotherapiemethode gilt das Verhältnis zwischen der Häufigkeit wirksamer und unwirksamer Behandlungen.

Wirtschaftlichkeit

Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit von Psychotherapiemethoden ist als die vergleichende Bewertung des durch die Behandlung verursachten finanziellen Aufwandes mit dem Wert der Ergebnisse zu definieren. Abgesehen vom finanziellen Aufwand für die Behandlung nach einer bestimmten Psychotherapiemethode müssen also auch Kennwerte erfasst werden, die einen materiellen oder immateriellen Nutzen der Psychotherapie belegen. Kosten-Wirksamkeits-Analysen sind im Falle der Psychotherapie gegenüber Kosten-Nutzen-Analysen vorzuziehen. Nach wissenschaftlichen Kriterien soll untersucht werden, inwieweit die Behandlung mit einer bestimmten Psychotherapiemethode in der Lage ist, bei Patientinnen und Patienten beispielsweise Spitalaufenthalte oder Arbeitsunfähigkeiten zu vermeiden, zu verkürzen oder Behandlungskosten anderer Art zu reduzieren. Der Nutzen einer psychotherapeutischen Behandlung kann auch in einem Zuwachs an Lebensqualität liegen.

Bundesamt für Sozialversicherung (BSV): Kriterien zur Standardisierung der Prüfung von: Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Psychotherapiemethoden. 5. Entwurf formuliert von Dr. med. G. Mattanza im Auftrag des BSV und der ELK. Bern, Februar 1998

Anhang (C)

Literaturverzeichnis

	Kap.
Anna Freud Centre Study 1: cf. Fonagy und Moran (1991)	2
Anna Freud Centre Study 2: cf. Fonagy und Target (1994)	8
Anna Freud Centre Study 3: cf. Target und Fonagy (1998)	2
Anna Freud Centre Study 4: cf. Fonagy, Gerber et al. (in preparation)	8
BIIIA-C: <i>A multi-centre study on psychoanalytic oriented treatments.</i> The Berlin III Study (A, B & C); cf. Rudolf et al. 1994	8
Bateman, A., Fonagy, P. (2001): <i>Treatment of Borderline Personality Disorder With Psychoanalytically Oriented Partial Hospitalization: An 18-Month Follow-Up.</i> In: <i>Ame J Psychiatry</i> 158, 36–42	3
Breyer, F., Heinzl, R., Klein, Th. (1997): <i>Kosten und Nutzen ambulanter Psychoanalyse in Deutschland. (Cost and benefit of outpatient psychoanalytic therapy in Germany).</i> In: <i>Gesundheitsökonomie und Qualitymanagement: 2</i> , 59–73, Thieme Verlag, Stuttgart/New York	3 6 8
Brockmann, J., Schlüter, T. & Eckert, J. (in preparation): <i>The effects of psychoanalytically oriented and behavior long-term therapy. A comparative study from the private practices of insurance-registered psychotherapists</i>	8
Bundesamt für Gesundheit (BAG), Autor: Weiss, W. (1993): <i>Gesundheit in der Schweiz.</i> Seismo Verlag (dt.), Editions Payot (franz.)	6
Bundesamt für Sozialversicherung (BSV), Bern, (Feb.1998); formuliert von Dr.med. G. Mattanza im Auftrag des BSV und der ELK: <i>Kriterien zur Standardisierung der Prüfung von: Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Psychotherapiemethoden.</i> (5. Entwurf)	4, 5 6
Bürgin, D. (1993): <i>Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter.</i> Gustav Fischer Verlag, Stuttgart/Jena/New York	2
Coyle, J.T. (2000): <i>Psychotropic Drug Use in very young Children.</i> In: <i>JAMA</i> 283 (8), 1059 –1060	2
Dahlbender, R., Erena, C., Reichenauer, G. & Kächele, H. (2001): <i>Meisterung konflikthafter Beziehungsmuster im Verlaufe einer psychodynamischen Fokaltherapie.</i> In: <i>Psychother Psychosom med Psychol</i> 51: 176 - 185	8
Dick, B.M. (1975): <i>A Ten-Year Study of Out-Patient Analytic Group Therapy.</i> In: <i>Brit J Psychiat</i> 127, 365–375	3

	Kap.
Dührssen, A. (1962): <i>Katamnestiche Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie</i> . In: Z Psychosom Med. 8, 94–113	6
Erle, J. & Goldberg, D. (1984): <i>Observations on assessment of analyzability by experienced analysts</i> . In: Journal of the American Psychoanalytical Association 32, 715–737	8
Fäh, M. (1997): <i>Sind Langzeitpsychotherapien uneffektiv und unbezahlbar?</i> In: Leuzinger-Bohleber, M. und Stuhr, U. (Hg.): <i>Psychoanalysen im Rückblick</i> , Psychosozial-Verlag, Giessen	6
Fäh, M. und Fischer, G. (Hg.) (1998): <i>Sinn und Unsinn in der Therapieforschung. Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden</i> . Psychosozial-Verlag, Giessen	4
Freedmann, N. (1999): <i>Report from Mid-Manhattan: The research program of the institute for Psychoanalytic Training and Research (IPTAR)</i> . Paper presented at the Psychoanalyses an Psychoanalytic Long-term Therapies International Conference, University of Hamburg, October 21 – 24, 1999	8
Fonagy, P., Gerber, A., Higgitt, A. & Bateman, A. (in preparation): <i>The comparison of intensive (5 times weekly) and non-intensive (once weekly) treatment of young adults</i>	8
Fonagy, P. und Moran, G. (1991): <i>Studies of the efficacy of child psychoanalysis</i> . J Consulting Clinical Psychol 58: 684-695	2
Fonagy, P., Target, M. (1994): <i>The efficacy of psychoanalysis for children with disruptive disorders</i> . In: J of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 33, 45–55	2 8
Fonagy, P. et al.: <i>An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis</i> . Report prepared by the Research Committee of the IPA at the request of the President. http://www.ipa.org.uk/research/R-outcome.htm	4 8
Fuhriman, A., Burlingame, G.M. (1994): <i>Handbook of Group Psychotherapy, An Empirical Synthesis</i> . John Wiley & Sons, Inc., New York	3
Gabbard, G., Lazar, S., Hornberger, J., Spiegel, D. (1997): <i>The economic impact of psychotherapy: a review</i> . In: Am J Psychiatry 154 (2), 147–155	6
Glenn, J. (Ed.) (1992): <i>Child Analysis and Therapy</i> . Jason Aronson Inc., Northvale/London	2
Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C. (1997). <i>Die Praxisstudie Analytische Langzeittherapie. Ein Projekt zur prospektiven Untersuchung struktureller Veränderungen in Psychoanalysen</i> . In: Leuzinger-Bohleber, M.; Stuhr, U. (Hrsg.)	8

	Kap.
Hall, Z., Mullee, M. (2000): <i>Undertaking Psychotherapy Research</i> . In: <i>Group Analysis</i> 33, 319–332	3
Høgland, P. (1993): <i>Personality disorders and long-term outcome after brief psychodynamic psychotherapy</i> . In: <i>Journal of Personality Disorders</i> 7, 168–181	8
HSA: <i>The Heidelberg Psychosomatic Clinic Study – a naturalistic prospective outcome and follow-up study</i> . The Heidelberg Study (A & B). cf. Rad, M. et al. 1998	8
Jones, E.E. (2000): <i>Therapeutic Action: A Guide to Psychoanalytic Research</i> . Jason Aronson Northvale, N.J.	8
Keller, W., Westhoff, G., Dilg, R., Rohner, R., Studt, H. H. and the study group on empirical psychotherapy research in analytical psychology (1998): <i>efficacy and cost effectiveness aspects of outpatient jungian psychoanalysis and psychotherapy - a catamnestic study</i> - .Berlin: Department of Psychosomatics and Psychotherapy, University Medical Center, Benjamin Free University of Berlin	8
Küchenhoff, J., Rudolf, G. (in preparation): <i>Process and outcome in psychoanalytic psychotherapy: a prospective longitudinal study</i> . Forschungsprojekt des Schweizerischen Nationalfonds. (FiPP: Forschungsinitiative Psychoanalytische Psychotherapie)	8
Lazar, S., und Gabbard, G. (1997): <i>The cost-effectiveness of psychotherapy</i> . In: <i>Psychother Pract Res</i> 6(4), 307–314	6
Lemche, E. (2000): <i>Gibt es eine spezifische Indikation zur psychoanalytischen Gruppentherapie?</i> In: <i>Psychotherapeut</i> 45, 165–169	3
Leuzinger-Bohleber, M. und Stuhr, U. (Hg.) (1997): <i>Psychoanalysen im Rückblick</i> . Psychosozial-Verlag, Giessen	4
Leuzinger-Bohleber, M. u.a. (2002): <i>"Forschen und Heilen" in der Psychoanalyse. Ergebnisse und Berichte aus Forschung und Praxis</i> . Kohlhammer, Stuttgart/Berlin	4, 6 8
Lorentzen, St. (2000): <i>Assessment of Change after Long-Term Psychoanalytic Group Treatment: Presentation of a Field Study of Outpatients from Private Psychiatric Practice</i> . In: <i>Group Analysis</i> 33, 373–396	3
Mergenthaler, E. (2000): <i>The Therapeutic Cycle Model in Psychotherapy Research: Theory, Measurement and Clinical Application</i> . In: <i>Ricerche sui Gruppi</i> 10: 34 - 40	8
Mertens, W. (1995): <i>Warum Psychoanalysen lange dauern</i> . In: <i>Psyche</i> 5, 405–433	1

	Kap.
Mertens, W. und Waldvogel, B. (Ed.) (2002): <i>Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe</i> . 2. durchgesehene Aufl., Kohlhammer Stuttgart/Berlin	1
Metzl, J. (1998): <i>Psychotherapy, managed care and the economy of interaction</i> . In: <i>Am J Psychother</i> 52, 332–351	6
National Health Service Executive (1996): <i>Psychotherapy Services in England</i> . London HMSO	6
NPS: The Norwegian Prospective Study. cf. Høglund 1993	8
NYPIS: The New York Psychoanalytic Institute Study. cf. Erle et al. 1984	8
Peräkylä, A. (2000): <i>Using conversation analysis in psychotherapy research</i> . Paper presented at the IPA Research Training Programme, London	8
Rad, v M., Senf, W., Bräutigam, W. (1998): <i>Psychotherapie und Psychoanalyse in der Krankenversorgung: Ergebnisse des Heidelberger Katamnesenprojektes</i> . In: <i>Psychother. Psychosom. med Psychol</i> 48, 88–100	8
Rudnitzk, G., Körtel, B., Tschuschke, V. (1998): <i>Gruppenanalyse und Adoleszenz: Über die Wirkungen gruppenanalytischer Gruppenarbeit mit jungen Erwachsenen und deren Eltern in einem komplexen Setting</i> . In: <i>Gruppenanalyse</i> 8, 149–180	3
Rudolf, G., Manz, R., & Ori, C. (1994): <i>Ergebnisse der psychoanalytischen Therapien</i> . In: <i>Zsch Psychosom Med</i> 40, 25–40	8
Sandahl, Chr., Herlitz, K., Ahlin, G., Rönnerberg, St. (1998): <i>Time-limited Group Psychotherapy for Moderately Alcohol Dependent Patients: A Randomised Controlled Clinical Trial</i> . In: <i>Psychotherapy Research</i> 8(4), 361–378	3
Sandahl, Chr., Lindgren, A., Herlitz, K. (2000): <i>Does the Group Conductor Make a Difference? Communication Patterns in Group-Analytically and Cognitive-Behaviourally Oriented Therapy Groups</i> . In: <i>Group Analysis</i> 33, 333–351	3
Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A. (1997): <i>When reality doesn't fit the blueprint: doing research on psychoanalysis and long-term psychotherapy in a public health service program</i> . In: <i>Psychotherapy Research</i> 7, 333–344, The Stockholm Study	4 8
Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J. & Rand, H. (2000): <i>Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy: a review of findings in the Stockholm outcome of psychoanalysis and psychotherapy project (STOPP)</i> . In: <i>Int J Psychoanal</i> 81 (5), 921 - 943	8

	Kap.
Sashin, J., Eldred, S., & Van Amerowgen, S. T. (1975): <i>A search for predictive factors in institute supervised cases: a retrospective study of 183 cases from 1959–1966 at the Boston Psychoanalytic Society and Institute.</i> In: <i>International Journal of Psycho-Analysis</i> 56, 343–359	8
Scharf, R.D., Waldron, S., Firestein, S.K., Goldberger, A. & Burton, A. (1999): <i>The analytic process scales (APS) Coding manual.</i> Unpublished manuscript	8
Schulte-Markwort, M., Diepold, B., Resch, F. (Hg.) (1998): <i>Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Ein psychodynamisches Fallbuch.</i> Thieme Verlag, Stuttgart/New York	2
Sigrell, B. (1992): <i>The Long-term Effects of Group Psychotherapy. A Thirteen-year Follow-up Study.</i> In: <i>Group Analysis</i> 25, 333–352	3
Strauss, B., Burgmeier-Lohse, M. (1994): <i>Stationäre Langzeit-Gruppenpsychotherapie. Ein Beitrag zur empirischen Psychotherapieforschung im stationären Feld.</i> Asanger Verlag, Heidelberg	3
Strauss, B., Jochen, E., Tschuschke, V. (Hg.) (1996): <i>Methoden der empirischen Gruppenpsychotherapieforschung.</i> Westdt.Verlag, Opladen	3
Szecsödy, I., Varvin, S., Beenen, F., Stoker, J., Klockars, L. & Amadei, G. (1999): <i>Multicenter collaboration of research on process and outcome of psychoanalysis.</i> Presentation of AHMOS. Paper presented at the International Psychoanalytical Congress, Santiago	8
Target, M. und Fonagy, P. (1998): <i>The long term follow up of child psychoanalysis.</i> Paper presented at the Vulnerable Child Symposium at the American Psychoanalytic Association, Toronto, May 1998	8
Teufel, R. & Volk, W. (1988): <i>Erfolg und Indikation stationärer psychotherapeutischer Langzeittherapie.</i> In: Ehlers, W., Traue, H. C. & Czogalik, D. (Eds.): <i>Bio-psycho-soziale Medizin</i> (331–346). Springer-PSZ-Drucke, Berlin	8
Thomä, H. und Kächele, H. (1996): <i>Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie.</i> (2 Bände) 2. Auflage, Springer, Berlin/Heidelberg	1
Tschuschke, V. (1989): <i>Wirksamkeit und Erfolg in der Gruppenpsychotherapie.</i> In: <i>Gruppenpsychother. Gruppendynamik</i> 25, 60–78	3
Tschuschke, V. (2001): <i>Gruppenpsychotherapie – Entwicklungslinien, Diversifikation, Praxis und Möglichkeiten.</i> <i>Psychotherapie im Dialog</i> 2, 3–15	3
Tschuschke, V., Anbeh, T. (2000): <i>Early Treatment Effects of Long-Term Outpatients Group Therapies – First Preliminary Results.</i> In: <i>Group Analysis</i> 33, 397–411	3

	Kap.
Werbart, A. & Levander, S. (2000): <i>Pain in the body – pain in the soul: The need of private explanations when not feeling well</i> . In: Nilsson, P. & Orth-Gomér, K. (Eds.): <i>Self-rated health in European perspective</i> , 136 – 151. FRN Report 2000: 2. Forskningsrådsnämnden, Stockholm	8
Yalom, I.D. (1974): <i>Gruppenpsychotherapie. Grundlagen und Methoden</i> . München	3
Yalom, I.D. (1995): <i>The theory and practice of group psychotherapy</i> . 4 th edition. New York	3

EFPP Clinical Monograph Series

Published by Karnac Books, London

- Anastasopoulos, D., Laylou-Lignos, E., Waddell, M. (Eds.) (1999): *Troubled Minds: Psychoanalytic Psychotherapy of the Severely Disturbed Adolescents*. Karnac Books, London
- Anastasopoulos, D. (Ed.) (in preparation): *The therapist at work: personal factors affecting the analytic process*. Karnac Books, London
- Frisch, S., Gauthier, J-M., Hinshelwood, R.D. (Eds.) (2001): *Psychoanalysis and Psychotherapy. The Controversies and the Future*. Karnac Books, London
- Martindale, B., Morner, M., Cid Rodriguez, M.E., Vidit, J-P. (Eds.) (1997): *Supervision and Its Vicissitudes*. Karnac Books, London
- Pestalozzi, J., Frisch, S., Hinshelwood, R., Houzel, D. (Eds.) (1998): *Psychoanalytic Psychotherapy in Institutional Settings*. Karnac Books, London
- Tsiantis, J., Anastasopoulos, D., Martindale, B., Sandler, A-M. (Eds.) (1996): *Countertransference in Psychoanalytic Psychotherapy With Children and Adolescents*. Karnac Books, London
- Tsiantis, J., Boalt Boethius, S., Hallerfors, B., Tischler, L., Horne, A. (Eds.) (2000): *Work with Parents. Psychoanalytic Psychotherapy with Children and Adolescents*. Karnac Books, London

Anhang (D)

Forschungsstudien

AFC1	Anna Freud Centre Studies 1: The Work on Juvenile-onset Insulin-Dependent Diabetes
AFC2	Anna Freud Centre Studies 2: Chart Review of 765 Cases Treated with Psychoanalysis or Psychotherapy
AFC3	Anna Freud Centre Studies 3: The Long-term Follow-up of Child Analytic Treatments
AFC4	Anna Freud Centre Studies 4: The Comparison of Intensive (5 times weekly) and Non-intensive (once weekly) Treatment of Young Adults
AFC5	Anna Freud Centre Studies 5: Prospective Study of the Outcome of Child Psychoanalysis and Psychotherapy
ASPR	The Amsterdam Study or Process Records
BAS	The Buenos Aires Study: Empirical study of a six years successful psychoanalytic therapy of a patient with anorexia nervosa
BI	The Berlin I Study: The Fenichel Report
BII	The Berlin II Study
BIIA	The Berlin III Study (A): A multi-centre study of psychoanalytic oriented treatments: The Therapeutic Alliance. Investigations to Process and Outcome of Psychoanalytic Therapies
BIIC	The Berlin III Study (C): The prognostic relevance of a working alliance as seen by patients and therapists
BIIB	Berlin III Study (B): Results of psychoanalytic therapies
BJS	The Berlin Jungian Study: On the effectiveness and efficacy of outpatient (Jungian) psychoanalysis and psychotherapy – a catamnestic study
BPIS	The Boston Psychoanalytic Institute Study
BPSS	The Boston Psychotherapy Study of Schizophrenia
CARR	Configurational Analysis and Role-Relationship Models
CCRT	Core Conflictual Relationship Theme Method
CMT	Control Mastery Theory & the Plan Formulation Method
CURP	The Columbia University Research Project
ECS	The European Collaborative Study: The European Psychoanalytic Collaborative Study on Process and Outcome
FiPP	Forschungsinitiative Psychoanalytische Psychotherapie
FRMS	FRAMES

GPAS	The German Psychoanalytical Association Study – Longterm effects of psychoanalyses and psychoanalytic therapies: a representative follow-up study
HBS	The Heidelberg-Berlin Study: The Heidelberg-Berlin Practice Study on Psychoanalytic Long Term Therapy
HSA	The Heidelberg Study (A): The Heidelberg Psychosomatic Clinic Study – a naturalistic prospective outcome and follow-up study
HSB	The Heidelberg Study (B): Observations concerning the dose-response relationship
HSC	The Heidelberg Study (C): Long-term outcome of out-patient psychoanalytic psychotherapies and psychoanalyses: a study of 53 follow-up interviews
LAES	The Latin American Effectiveness Study: Effectivity and Efficiency of Psychoanalytic Treatments of Long Duration and High Frequency as Compared with Long Duration and Low Frequency
LAS	The Los Angeles Study of Developmental Reading Disorders
LPHS	The London Partial Hospital Study
MCS	The Mexico City Study: The psychodynamic psychotherapy of BPD
MCT	Multiple Code Theory and the Referential Cycle
MNYS	The Munich – New York Collaborative Study: The Psychodynamic Treatment of BPO
MPDS	The Munich Psychotherapy of Depression Study (MPDS): Comparing the effects of psychoanalysis and psychotherapy
NPS	The Norwegian Prospective Study
NSW	The New South Wales Study of Personality Disorder
NYPIS	The New York Psychoanalytic Institute Study
OIS	The Oslo I Study: Schjeldrup: An early proponent of combined questionnaire and personal follow-up Interview
OIIS	The Oslo II Study: A process-outcome study of psychoanalysis
PPQS	The Psychotherapy Process Q-set and Quantitative Single Case Research
PRP	The Menninger Psychotherapy Research Project
SSEE	The Saarbrücken Study of Emotional Expression: Multichannel psychotherapy process research project
THPS	The Helsinki Psychotherapy Study
TKS	The Konstanz Study: A German Consumer Reports Study
TRIP	The Menninger Treatment Interventions Project
TSFC	Tavistock Study of Fostered or Adopted Children
TSS	The Stuttgart Study: The Stuttgart Psychotherapeutic Hospital Follow-Up Study
USD	The Ulm Study of Dreams: Aggregating Single Cases