

HELMUT THOMÄ, ULM

Frequenz und Dauer analytischer Psychotherapien in der kassenärztlichen Versorgung. Bemerkungen zu einer Kontroverse*

Übersicht: Hochfrequente analytische Therapien von wöchentlich vier oder fünf Sitzungen sind seit Anfang 1993 von der kassenärztlichen Versorgung ausgeschlossen. Die Kontroverse um Frequenz und Dauer analytischer Psychotherapien, in der die Wirksamkeit kontinuierlich hochfrequenter und langfristiger im Vergleich zu niederfrequenten analytischen Psychotherapien diskutiert wird, hat in der *Psyche* in Form einer kritischen Glosse (Kaiser, Heft 9/1993) sowie eines Rezensionssays (Trimborn, Heft 11/1993) ihren Niederschlag gefunden. Thomä wendet sich gegen eine starre Festlegung des therapeutischen Behandlungsrahmens, der Hochfrequenz und Langfristigkeit zur Bedingung macht. Er plädiert für eine »adaptive« Indikationsstellung und kritisiert vor allem die Ausbildungsrichtlinien, die Frequenz und auch die Dauer analytischer Psychotherapien am Beginn festlegen. Katamnestische Untersuchungen widersprechen der Auffassung, daß es aufgrund diagnostischer Beurteilung möglich sei, eine differentielle und »selektive« Indikation innerhalb des weiten Feldes analytischer Psychotherapien zu treffen. Bei der Optimierung des Verhältnisses von Frequenz und Dauer auf Verlauf und Ergebnis einer Analyse sei besonders zu berücksichtigen, daß seelische Veränderungen ihre Zeit brauchen.

Die Forderung der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV) auf kassenrechtliche Anerkennung hochfrequenter und langfristiger analytischer Psychotherapien (vier oder fünf Sitzungen pro Woche während des gesamten Behandlungszeitraums, der sich regelmäßig über den bisher im allgemeinen gültigen Umfang von 300 Sitzungen hinaus erstrecken würde) wurde nach zweijährigem Kampf abgewiesen. Durch eine Ergänzung der Psychotherapie-Richtlinien (PTR) hat der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen am 17.12.1992 die analytischen Psychotherapien mit einer Frequenz von vier und mehr Wochenstunden von der Anwendung in der kassenärztlichen Versorgung ausgeschlossen, »weil der wissenschaftlich begründete Nachweis einer spezifischen Indikation und einer größeren therapeutischen Wirksamkeit dieser Anwendungsform nicht erbracht ist«. Diese einschneidende Bestimmung schränkt die Behandlungsfreiheit ein und erlaubt eine besonders dichte

* Bei der Redaktion eingegangen am 7.10.1993.

Folge analytischer Sitzungen nur noch vorübergehend in Krisensituationen. Viele Psychoanalytiker sind in ihrem Methodenverständnis getroffen. Seit Jahren hatte man sich daran gewöhnt, daß in bestimmten Fällen von Anfang an und durchgehend wenigstens bis zu 300 Leistungen vier Sitzungen à 50 Minuten pro Woche von den gesetzlichen Krankenkassen nach positiver Stellungnahme eines psychoanalytischen Gutachters bezahlt würden. Im Gegensatz zur Begründung des Bundesausschusses halten insbesondere die maßgebenden Vertreter der DPV daran fest, daß es spezielle Indikationsgebiete für die hochfrequente, kontinuierliche analytische Psychotherapie gibt. Bei einer Frequenz von drei oder zwei Sitzungen pro Woche ist nach Meinung der DPV diese Patientengruppe nicht optimal versorgt. Es käme zu einer therapeutisch unzureichend dosierten Anwendung der psychoanalytischen Methode.

Bei Kontroversen ist es hilfreich, bestehende Gemeinsamkeiten nicht aus den Augen zu verlieren. Alle Beteiligten einschließlich der betroffenen Patienten stimmen darin überein, daß seelische Veränderungen Zeit brauchen. Deshalb steht neben der Frequenz jeweils auch die Dauer von Analysen zur Diskussion, die – mit besonderen Ausnahmen – auf 300 Sitzungen begrenzt wird. Es geht in der Kontroverse um das bestmögliche Verhältnis von Dauer und Frequenz. Bei fünf Sitzungen pro Woche und bei angenommenen 40 Arbeitswochen im Jahr ist das Gesamtvolumen von 300 Sitzungen in 1,5 Jahren verbraucht, bei zwei Sitzungen stehen drei Jahre zur Verfügung, vorausgesetzt, daß noch Behandlungsnotwendigkeit gegeben ist und diese von einem begutachtenden Psychoanalytiker bestätigt wird.

Da in diesem Artikel viel von der Zeit die Rede sein wird, ist es zweckmäßig, Zahlen in die Perspektive der Lebenszeit zu bringen. Wer beeindruckt ist, wie lange es dauern kann und wieviele Sitzungen in der Woche nötig sind, um lebensgeschichtlich entstandene Leiden zu heilen oder wesentlich zu bessern, sollte folgende Zahlen nicht aus dem Auge verlieren: Vierzigjährige haben ohne Einrechnung des 29. Februars bei Schaltjahren 350 400 Stunden gelebt. Hiervon machen 300 analytische Sitzungen 0,085 % aus, ein Prozentsatz, der sich um ca. 0,028 % bei jeden weiteren 100 Sitzungen erhöht. Dieser Vergleich läßt es wie ein Wunder erscheinen, was in so kurzer Zeit, bezogen auf die wachen, verschlafenen und verträumten Stunden des Lebens, an therapeutischen Veränderungen erreicht werden kann.

Um die fachpolitische Kontroverse und deren unglücklichen Ausgang begreifen zu können, muß man über folgendes informiert sein:

Voraussetzung für die Anerkennung der analytischen Psychotherapie in

der kassenärztlichen Versorgung, also die Honorierung psychotherapeutischer Leistungen durch die gesetzlichen Krankenkassen, war, daß Neurosen als Krankheit im Sinne der Reichsversicherungsordnung, die auf Bismarck zurückgeht, anerkannt wurden. Die Zeitzeugen erinnern sich noch daran, wieviele Hürden genommen werden mußten, um im Interesse der geregelten psychotherapeutischen Versorgung diese Voraussetzung zu schaffen, bis schließlich 1967 den Neurosen vom Gesetzgeber Krankheitswert zugebilligt wurde. Zu den Hürden gehörte auch der Widerstand einer starken Minorität von Psychoanalytikern, der sich insoweit durchsetzte, als die Bezeichnung Psychoanalyse vermieden wurde und statt dessen von analytischer Psychotherapie die Rede ist. Analytische Psychotherapien können aber alle wesentlichen Merkmale der Psychoanalyse erfüllen, weshalb hier auch synonym von »Analyse« oder »Analysen« gesprochen wird.

Der sogenannten »Richtlinienpsychotherapie (RPT)« liegt der medizinische Krankheitsbegriff zugrunde, der sich am einzelnen Kranken orientiert. Der jeweilige Patient ist krank, nicht aber die Familie, oder die Ehe, oder die Gesellschaft. Deshalb sind Berufsprobleme und Beziehungsstörungen, wiewohl diese psychologisch begründet sein können, nicht Gegenstand der Richtlinienpsychotherapie. Häufig ist es schwierig, scharfe Grenzen zu ziehen, weil neurotische Störungen in allgemeine Lebensprobleme übergehen. An Tichos (1972) treffende Unterscheidung von Behandlungs- und Lebenszielen ist zu erinnern. Es sind ökonomische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Bestehen alternative Behandlungsmöglichkeiten, ist die preiswertere zu wählen. Die relative Gültigkeit der Gesichtspunkte von Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit kann zu starken Spannungen führen, deren Lösung Kompromißfähigkeit erfordert.

Die weitere Entwicklung vollzog sich folgerichtig auf vielen Ebenen: Im Medizinstudium wurde das Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Pflicht- und Prüfungsfach. Im Laufe der Jahre mußten alle Medizinischen Fakultäten entsprechende Abteilungen und Lehrstühle einrichten. Die Zusatzbezeichnungen »Psychotherapie«, »Psychoanalyse« und zuletzt das Fachgebiet »Psychotherapeutische Medizin« wurden in die ärztliche Weiterbildungsordnung aufgenommen. Diplompsychologen mit psychoanalytischer Ausbildung an einem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) anerkannten Institut wurden in die Kassenärztliche Versorgung einbezogen. Einige Zahlen belegen die Entwicklung innerhalb von 25 Jahren. Im Jahre 1992 waren 4860 Ärzte mit den Zusatzbezeichnungen »Psychotherapie« und/oder »Psychoana-

lyse« in der ambulanten tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie tätig. Nach der Schätzung von Meyer et al. (1991) führen etwa 40% hiervon, also etwa 2000 Ärzte ambulant analytische Psychotherapien durch. Hinzu kommen etwa 1900 nichtärztliche Psychotherapeuten und etwa 1150 Ausbildungskandidaten, die auf dem Wege der Delegation bzw. der Beauftragung voll in die kassenärztliche Versorgung einbezogen sind (auch bezüglich des Honorars, das um DM 100 pro 50minütiger Sitzung schwankt). Schließlich sind etwa 1100 Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in der kassenärztlichen Versorgung anerkannt.

Beschränkt man sich auf die analytische Psychotherapie, sind also insgesamt etwa 5000 Ärzte und Psychologen für die analytische Psychotherapie nach qualifizierender Zusatzausbildung zugelassen. Diese Zahlen beziehen sich ausschließlich auf die ambulante Krankenversorgung. Nicht berücksichtigt sind psychologische und ärztliche Verhaltenstherapeuten. Die Zahl der in Kliniken und Sanatorien tätigen Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychoanalyse und angestellte, psychoanalytisch ausgebildete Psychologen sind derzeit nicht erfaßt. Die Gesamtzahl der in der BRD berufstätigen Analytiker dürfte also nahe bei 6000 liegen.

Die Psychotherapierichtlinien regeln seit 1967 die Durchführung von Psychotherapien in der kassenärztlichen Versorgung. Diese Regelungen für die gesetzlichen Krankenversicherungen, in denen etwa 90% der Bevölkerung versichert sind, wurden für die privaten Krankenkassen und die Beihilfe beispielgebend. Das vielschichtige System, das mehrfach verbessert wurde (vgl. Faber und Haarstrick, 1989, 1991), befindet sich in einem labilen Gleichgewicht. Komplexe Systeme, die gesetzlich geregelt sind und durch Richtlinien und deren Auslegung flexibel bleiben, sind anpassungsfähig. In den achtziger Jahren führten aber viele Ereignisse dazu, daß schließlich die Toleranzgrenze des Systems erreicht oder gar überschritten war und das Faß überlief. Zunächst werden hierzu drei Themenkreise umschrieben:

- 1) die Kleinianische Wende der DPV, die von der Achse zwischen dem Berliner Psychoanalytischen Institut und der Psychoanalytischen Arbeitsgemeinschaft Stuttgart-Tübingen getragen und von den DPV-Vorsitzenden Appy und Beland gefördert wurde, verschärfte das Problem von Frequenz und Dauer, wie das von v. Goldacker-Pohlmann beschriebene Fallbeispiel (siehe unten) zeigt. Rosenfelds (1986) Vortrag bei der Wiesbadener DPV-Tagung im Herbst 1985 markiert diesen Wendepunkt, dem Wilde (1987) aus Kleinianischer Sicht historischen Tiefgang verliehen hat. Nach Wilde haben psychotische Ängste deutsche Analytiker,

die selbst oder als Nachfahren durch Identifikation mit dem Massenwahn und der Psychose der deutschen Nation verbunden sind, daran gehindert, die Theorie von M. Klein zu rezipieren und in die Therapie von Schwerkranken einzuführen. Die Abhilfe ist im Vortrag von Rosenfeld impliziert: Wenn schon keine Kleinianische Lehranalyse nachgeholt werden kann, sollten wenigstens schulgerechte Supervisionen von Analysen mit fünf Sitzungen pro Woche erfolgen. So ist es folgerichtig, daß nun deutsche Kleinianer und solche, die es werden wollen, die eigentliche Psychoanalyse an der Zahl fünf festmachen, als ob damit eine gemeinsame Erfahrungsbasis hergestellt werden könnte. Solchen Vorstellungen liegt der Irrtum zugrunde, daß das Londoner Vorbild, nämlich die verbindliche Frequenz von fünf Sitzungen pro Woche für die drei Gruppen – Freudianer, Kleinianer und »Independents« –, etwas anderes gebracht hätte als ein Minimum an äußerer Gemeinsamkeit. In abgemilderter Form ging dort ein Religionskrieg weiter. Etwas Ähnliches wird es nicht noch einmal geben, weil Pluralismus und Eklektizismus nun in der Psychoanalyse weltweit vorherrschen und es wohl keine deutschen »contemporary Freudians« gibt, die sich um die Fünf-Stunden-Frequenz verkämpfen würden.

Die Überbewertung eines Unterschiedes von ± 1 läßt an Freuds (1930a, S. 473) Beschreibung des »Narzißmus der kleinen Differenzen« denken. Offenbar können sich damit zusammenhängende Spannungen auch im Generationenkonflikt niederschlagen. Jüngere Psychoanalytiker betrachten zu Recht die Anerkennung der Psychoanalyse durch die Krankenkassen als Leistung der Nachkriegsgeneration. Dieser wird aus heutiger Sicht allzu große Kompromißbereitschaft und Verwässerung der eigentlichen Psychoanalyse vorgeworfen. Nun sollen durch Angleichung an idealisierte Londoner Vorbilder die Schwächen der deutschen Psychoanalyse behoben werden. Tatsächlich war die Theorie M. Kleins nur von wenigen deutschen Psychoanalytikern unter dem Einfluß von P. Heimann kritisch rezipiert worden. Der verstorbene Psychoanalytiker W. Becker, in Kanada bei Scott, einem bedeutenden Schüler M. Kleins, ausgebildet, war viele Jahre der einzige Kleinianer in der DPV. Es bestand also weithin ein Wissensdefizit. Im Generationenkonflikt werden nun Kleinianische Theorien herangezogen, um die angeblichen oder tatsächlichen Identifikationen meiner Altersgruppe zu durchleuchten. Danach hätte sich die erste deutsche psychoanalytische Nachkriegsgeneration unbewußt weiter angepaßt und sich nach dem Untergang des Dritten Reichs den neuen Strukturen der Macht und des Geldes unterworfen. Mit der Kleinianischen Wende steht also eine besondere Form des

Generationenkonflikts in Zusammenhang, der in der Kontroverse über die Frequenz ausgetragen wird. Im pluralistischen Zeitalter der Psychoanalyse suchen die jüngeren deutschen Psychoanalytiker eine geistige Heimat. Die in sich geschlossene »Universalpsychopathogenese« (Thomä, 1991), die von der Kleinianischen Theorie für alle seelischen und psychosomatischen Erkrankungen angeboten wird, bietet allumfassende Erklärungsmuster an. Wie dem Text der Einladung zum Herbstkongreß der DPV 1993 zu entnehmen ist, können mit Hilfe der Kleinianischen Theorien über die schizoid-paranoide und depressive Position des Säuglings auch die weltgeschichtlichen Umwälzungen unserer Zeit begriffen werden. Schließlich geht von Bion, den Grotstein (1982) als »psychoanalytischen Mystiker« bezeichnet hat, eine besondere Faszination aus, weil dessen Formeln eine hohe Exaktheit vorgeben. Irrationalismus und Rationalismus sind hier ebenso wie in der Differenz von $+1$ oder $+2$ bei der Frequenzdiskussion vereint.

2) Unter dem Einfluß der Kleinianischen Wende wurden vermehrt kontinuierliche Höchsthäufigkeiten gefordert. Nedelmann (1990) nimmt den »Arbeitstag« zum Anhaltspunkt der Frequenz, in diplomatischer und historischer Weitsicht vorwärts und rückwärts blickend. Gleichzeitig fordert er, daß die Behandlungsfrequenz mit vier oder fünf Sitzungen pro Woche je nach Diagnose und Indikation von Anfang an festgelegt werden müsse. Diese Auffassung steht in einem Spannungsfeld mit vielen Publikationen, die zur Kontroverse führten oder diese begleiteten.

Das Thema der Frequenz und Dauer analytischer Psychotherapien im Zusammenhang mit den Idealen der Psychoanalyse und der Wirklichkeit der Praxis ist weltweit ein Problem. Dementsprechend beziehen sich auch viele deutsche Autoren auf amerikanische Veröffentlichungen, wenn sie über Utopie und Realität der psychoanalytischen Praxis schreiben (Cremerius, 1990). Die von Schmid (1988) im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie und Tiefenpsychologie (DGPT) vorgelegte und nach dem anfertigenden Institut »Prognosstudie« genannte Untersuchung ergab für die DPV-Mitglieder einen »Drittelbefund«: jeweils ein Drittel der DPV-Mitglieder führt entweder keine (31%), ein bis zwei (32,2%) oder drei und mehr (33,8%) vierstündige Analyse durch. Brede (1989) sowie Nedelmann und Reiche (1990) haben die in der Prognosstudie erhobenen Daten kultur- und sozialgeschichtlich kommentiert und unter Berücksichtigung einer »Überprüfung der DPV-bezogenen Daten der Praxisstudie der DGPT« reinterpretiert. Analytische Psychotherapien dauern, wenn sie über die dreihundertste Stundengrenze hinaus geführt werden und drei- oder vierstündig statt-

finden, nach der Berechnung von Nedelmann und Reiche im Mittelwert (Median) etwa 520 Stunden. Beunruhigt von der relativ geringen Anzahl vierstündiger Analysen in der Praxis von Mitgliedern der DPV unternahm König et al. (1993) eine Nachuntersuchung zur »Prognos-Studie« in der Arbeitsgemeinschaft Stuttgart/Tübingen (AgST), die eine umgekehrte Verteilung erbrachte. Zwei Drittel (62,9%) der Mitglieder führen drei und mehr als drei vierstündige Analysen durch. Die Frequenz verteilt sich wie folgt: 0,5% der Patienten erhalten fünf, 32,9% vier, 11% drei, 16,9% zwei, 32,3% eine und 6,7% der Patienten erhalten weniger als eine Sitzung pro Woche. Auf den Mittelwert berechnet, behandeln die befragten Analytiker im Durchschnitt die gleiche Anzahl von Patienten vierstündig und einstündig nämlich 3,4 sowie 1,1 und 1,7 Patienten drei- bzw. zweistündig. Es ist auffällig, daß die dreistündigen Therapien mit 1,1 im Mittelwert vergleichsweise unterbesetzt sind. Von den drei letzten abgeschlossenen Behandlungen lagen fast 60% über 500 Stunden. Die Umfrage hatte das Ziel, Frequenz und Dauer von Analysen von Mitgliedern der AgST zu erfassen. Zur wesentlichen Frage nach der therapeutischen Wirksamkeit langfristiger hochfrequenter Analysen, insbesondere im Vergleich zu ihren niedrigeren Geschwistern, kann die Umfrage nichts beitragen.

3) Je häufiger die Hochfrequenz beantragt wurde, desto mehr waren die begutachtenden Psychoanalytiker mit Begründungen konfrontiert, die nicht in Einklang mit den Richtlinien zu bringen waren. Schließlich wurde die Toleranzgrenze überschritten. Richtlinien lassen sich auslegen, aber nicht beliebig ausdehnen.

In den Gutachtern ist eine besonders sensible Schaltstelle personifiziert, die sich aus deren Aufgabe ergibt. Etwa 50 Psychoanalytiker verschiedener Provenienz und Zugehörigkeit zu Fachgesellschaften bilden die Gruppe der von der KBV bestellten Gutachter und Obergutachter. Die Krankenkasse schickt den vertraulichen Bericht des behandelnden Analytikers in einem verschlossenen Umschlag – formal ist der Patient der Antragsteller – unter Wahrung der ärztlichen Diskretion, also Chiffrierung etc., an einen der Gutachter. Dieser hat dazu Stellung zu nehmen, ob die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme nach den PTR erfüllt sind. Im positiven Fall ist der Antrag befürwortend an die Krankenkasse zurückzusenden. Der Gutachter kann modifizierend eingreifen und Anträge ablehnen, wenn die Voraussetzungen im Sinne der Richtlinien fehlen. Gelegentlich erfolgen Rückfragen bei Therapeuten, um, – ohne Obergutachten – zu einer einvernehmlichen Lösung zu gelangen. Der Auslegung der Richtlinien sind Grenzen ge-

zogen, die nur in besonders begründeten Einzelfällen überschritten werden können.

Durch die ausnahmslose Beantragung hochfrequenter Analysen bei Beauftragungen an Kandidaten der DPV, die – von Abbrüchen abgesehen – immer zur Überschreitung der Regelgrenze führten, wurde das ganze System in Frage gestellt. Ab 1990 war es soweit, daß mehrere Tagungen stattfinden mußten, um zu einer Klärung der Probleme zu kommen.

Nach einer ersten Beratung in kleinem Kreis im Oktober 1990 fand im Januar 1991 eine Gutachtertagung statt, die zu einem Kompromißvorschlag führte, wie innerhalb der gültigen Richtlinien hochfrequente analytische Psychotherapien durchgeführt werden könnten. Der Stein des Anstoßes war nicht die Differenz $+1$, sondern die Forderung der *kontinuierlichen Hochfrequenz* von Anfang bis Ende einer Therapie mit *automatischer Überschreitung der Regelgrenze*.

Allseitige diplomatische Rücksichtnahmen ermöglichten es zunächst, das wesentliche Problem, nämlich die routinemäßige Beantragung vierstündiger Analysen für Ausbildungskandidaten der DPV, in jener Grauzone zu lassen, die unser kompliziertes Leben so lange erleichtert, bis gnadenloses Licht im Verborgenen gehaltene Wahrheiten an den Tag bringt. In der Kasseler Deklaration wies die DPV im Mai 1991 den erarbeiteten und von der KBV vorgeschlagenen Kompromiß ab (Schacht, 1991). Danach wurde auf einer Tagung der Obergutachter im Januar 1992 eine Regelung gefunden, die im Deutschen Ärzteblatt, Heft 4, vom 24.2.1992 veröffentlicht wurde. Die Ironie des Schicksals wollte es, daß ausgerechnet bei einer DPV-Tagung in Ulm, die dort anläßlich des 25jährigen Bestehens der Ulmer Psychoanalytischen Arbeitsgemeinschaft im Mai 1992 stattfand, auch diese Kompromisse verworfen wurden. Schließlich diskutierte der Arbeitsausschuß »Psychotherapie-Richtlinien« des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen unter Anhörung von Sachverständigen und den Vertretern psychoanalytischer Fachgesellschaften über diese Probleme. Diese Konferenzen führten zu dem oben zitierten Beschluß, dessen Eindeutigkeit auch der von der DPV forcierten Polarisierung zugeschrieben werden muß. Die DPV zwang Gutachter, Berater der KBV, Sachverständige und die Vertreter der Krankenkassen, zur Forderung kontinuierlicher Hochfrequenz vom Anfang bis zum Ende einer Therapie Stellung zu nehmen. Die Entscheidung ist wohl auch deshalb so radikal ausgefallen, weil Kompromisse offiziell abgelehnt und inoffiziell mißbraucht wurden. Um das Wort Friedrich des Großen zu variieren: »Im Frieden ist Gott bei den besseren Argumenten«. Daß in dubio auch Machteinflüsse eine Rolle spielen, ist

bekannt. Was die Wirkung von Argumenten angeht, sollte man sich freilich nicht täuschen: Medizinische und psychologische Laien sind durchaus in der Lage, Widersprüche in den Behauptungen von Fachleuten zu erkennen und die Überzeugungskraft von Daten und Fakten einzuschätzen. Man hat zu hoch und mit unzureichenden Mitteln gespielt und verloren. Nun wird die Schuld in typischer Manier den anderen zugeschrieben, den angeblich ihrer Identität verlustig gegangenen Kollegen aus den eigenen Reihen und der KBV. Den Beratern, den Sachverständigen und den Gutachtern wird Kompetenz abgesprochen. Ohne in eigener Sache an den Mechanismus der Projektion zu denken, sieht man sich als Mitglied der erneut, nun von der KBV, verfolgten Psychoanalyse. Musterprozesse werden vorbereitet. Man stelle sich vor: Im Jahre zweitausend, zum hundertsten Geburtstag von Freuds säkulaarem Werk *Die Traumdeutung*, wird beim Deutschen Bundessozialgericht in letzter Instanz entschieden, ob hochfrequente analytische Psychotherapien im Rahmen der Kassenärztlichen Versorgung rechtens sind. Nicht nur aus Raumgründen sei es dem Leser überlassen, diese Vision auszumalen. Mit dem treffenden Titel »Das Eigentor der DPV« hat Cremerius (1993) diese traurige Geschichte bis zur Gegenwart nachgezeichnet. Da die Kasseler Deklaration der DPV von einer methodenimmanenten kontinuierlichen Hochfrequenz ausgeht und mit dieser Begründung den Kompromiß der KBV abgelehnt hat, wird dieses Thema zuerst untersucht.

I Methodenimmanente Begründung der Hochfrequenz

Die bei der Gutachtersitzung am 18.1.1991 gemachten Vorschläge stellten einen Kompromiß dar, der ausreichenden Spielraum bei der Anwendung der psychoanalytischen Methode in der kassenärztlichen Versorgung gelassen hätte. Das Ergebnis dieser Sitzung wurde von Dahm (1991) folgendermaßen zusammengefaßt:

»Eine hochfrequent durchgeführte analytische Psychotherapie kann zu den ... zugelassenen Psychotherapie-Verfahren gehören, wenn sie bei Krankheit im Sinne der Richtlinien und mit ausreichend günstiger Prognose angewandt wird. Die Frequenz der analytischen Psychotherapie ist dabei Patienten- und Prozeß-bezogen zu wählen. Die Wahl der Frequenz soll im Bericht des Therapeuten an den Gutachter besonders eingehend

- mit der medizinischen Notwendigkeit
- bezogen auf die besondere Ausprägung des Krankheitsbildes
- mit einem prognostisch erreichbaren Therapieziel

begründet werden. Dies ist besonders dann notwendig, wenn in Einzelfällen eine Überschreitung der regelhaften Höchstgrenzen angezeigt scheint. Die Psychotherapie-Richtlinien setzen als Regelfall für die analytische Psychotherapie eine Frequenz von 2 – 3 Sitzun-

gen in der Woche, ausnahmsweise auch – in bestimmten *Phasen* (von mir hervorgehoben) des therapeutischen Geschehens – 4 Wochensitzungen voraus und ermöglichen damit eine Gesamtbehandlungsdauer von 2 bis 3 Jahren ... Keinesfalls darf eine Liberalisierung der Befürwortungsgrenze von 300 Stunden in besonderen Einzelfällen dazu führen, daß Therapeuten zu nicht ausreichend begründeten oder gar falschen Indikationsstellungen für hochfrequente Therapien ermutigt werden. Auch bei Beauftragungsfällen kann nur die therapeutische Situation entscheidungsrelevant sein, nicht Ausbildungsregularien, denen sich der Kandidat und der Patient anzupassen hätten ... Es wurde nicht verkannt, daß Ausbildungskandidaten in hochfrequenten Therapieformen verdichtet therapeutische Erfahrungen machen, die in anderen Therapieformen nicht mit solcher Deutlichkeit erwartet werden können.

Andererseits wurde von Sachverständigen immer wieder betont, daß Kurztherapien und niederfrequente Behandlungen oft schwieriger durchzuführen seien als Therapien von längerer Behandlungsdauer, daß sie besondere Therapie-Erfahrung voraussetzen, und daß sie ihren eigenen Rang und ihre eigenen Gesetze haben, die sich nicht ohne weiteres aus der Erfahrung mit hochfrequenter Therapie herleiten lassen. Die KBV muß daher erwarten, daß die Erfordernisse der kassenärztlichen Versorgung von den Ausbildungsinstituten in ihren Curricula und Prüfungsordnungen berücksichtigt werden.«

Die Mehrheit von etwa 50 Analytikern, die als Gutachter tätig sind, konnten dieses Ergebnis einer gründlichen Diskussion akzeptieren. Im ausgewogenen Ergebnis werden die Bemühungen sichtbar, einen Modus vivendi zu finden und unterschiedlichen Interessen und Gegebenheiten gerecht zu werden. Es verdient hervorgehoben zu werden, daß die Vertreter der KBV durchaus bereit waren, die besondere Lage von Ausbildungskandidaten zu berücksichtigen.

Die DPV war nicht willens, den Kompromiß zu akzeptieren und den bestehenden Spielraum Schritt für Schritt weiter auszubauen. Unter dem Vorsitz von Schacht (1991) wurde ohne Gegenstimme auf einer Tagung in Kassel eine Deklaration verabschiedet, in der die Hochfrequenz kontinuierlich von A bis Z gefordert wird. Die Notwendigkeit der Hochfrequenz wird aus dem psychoanalytischen Regelsystem und der psychodynamischen Bedeutung des Rahmens abgeleitet. Offen bleibt, ob es sich bei der Hochfrequenz um vier oder fünf Sitzungen in der Woche handelt. Die Frequenz müsse vor Beginn der Behandlung festgelegt werden, und zwar möglichst ein- und für allemal – wegen der zu erwartenden Schwankungen im Befinden eines Patienten. Nun ist es zweifellos sehr wichtig, die unbewußten Bedeutungen zu kennen und ernst zu nehmen, die den äußeren Merkmalen der analytischen Situation vom Patienten verliehen werden können. Die Kleinianische Theorie bietet hierzu Erklärungsmuster an, die das Verständnis von Projektionen auf das Setting vertiefen. Eine dichte Sitzungsfolge erleichtert dem Analytiker gleichschwebende Aufmerksamkeit und Orientierung und vereinfacht die Organisation seiner Praxis. Es geht also nicht nur um den Patienten,

wenn von Anfang an eine durchgängig hohe Frequenz verabrechet wird. Es sind auch die Arbeitsbedingungen und vor allem die Ausbildungsrichtlinien, die sich im Regelsystem niederschlagen und Hochfrequenz fordern.

In der Kasseler Deklaration wird die Sicherheit gewährende Funktion des Analytikers mit der Hochfrequenz verknüpft, so als ob nur eine möglichst vollkommene raumzeitliche Konstanz die Entfaltung unbewusster Aggressionen ermögliche. Eine Kleinianische Erklärung dieses Geschehens scheint nahezulegen, daß irgendwelche Veränderungen schädlich sein könnten, weil diese als Bestätigung der eigenen omnipotenten Destruktivität erlebt werden. Tatsächlich geschehen in der psychoanalytischen Begegnung ständig irgendwelche Diskontinuitäten, die wie Diastole und Systole das Leben kennzeichnen. Ohne solche Polartitäten würde der Rahmen zum Prokrustesbett und zum Sinnbild lebensfeindlichen Zwangs. Je rigider Regeln gehandhabt werden, desto stärker regen sich Gegenkräfte. Ein schmiedeeisener Rahmen provoziert also Reaktionen, die der Hammer des Schmieds mitgeprägt hat. Dann wird der Rahmen zum Kampfplatz. Einen Beleg für diese Auffassung findet man in den Veröffentlichungen von Langs (1984, 1989). Wie die Deklaration der DPV verleiht Langs dem Setting eine solche Rigidität, daß sich dort der Kampf abspielt. Die Kommunikation entzündet sich nach Langs' Meinung besonders intensiv am Setting, weil dieses als eine Art Widerlager diene. Dieses Regelverständnis verhindert geradezu, daß sich der Austausch dort ereignet, wo er hingehört, nämlich im intersubjektiven Raum. Die entpersönlichte Methode scheint zum Selbstzweck geworden zu sein.

Nach Auffassung der DPV übernehmen der Analytiker und insbesondere die Rahmenbedingungen, die vereinbart werden – Frequenz, Ort, Dauer und situative Bedingungen – Selbstschutzfunktionen, so daß diese vom Patienten nicht aufrecht erhalten werden müssen und suspendiert werden können. Wörtlich heißt es:

»Die analytische Situation, die Einsetzung der Gültigkeit der analytischen Grundregel bedeuten somit das Angebot einer Beziehung, in der die Notwendigkeit der Aufrechterhaltung des Selbstschutzes entfällt – das Angebot der Möglichkeit weitgehender Abhängigkeit also« (Schacht, 1991, S. 11).

Die Sicherung der Rahmenbedingungen müsse der Patient notfalls dem Analytiker überlassen. Da Patienten dazu neigen – und dies gelte insbesondere für Schwerkranke –, am Rahmen zu »rütteln«, sei dessen Stabilität, wenn irgendmöglich sogar dessen Unveränderlichkeit von höchster

Wichtigkeit. Es empfiehlt sich, dieses Regelverständnis genauer in Augenschein zu nehmen.

Wählt man statt der metaphorischen eine fachsprachliche Beschreibung, richtet sich das »Rütteln« des Patienten am Rahmen gegen eine Realität, die mit dem Ziel geschaffen wurde, günstige Veränderungsbedingungen herzustellen. Einer der Gründer der amerikanischen Soziologie, W. I. Thomas, hat das Theorem geprägt: »Wenn die Menschen Situationen als real definieren, sind sie in ihren Konsequenzen real« (zit. nach Merton, 1968, S.144). Würden Psychoanalytiker diese für die Sozialwissenschaften grundlegende These ernst nehmen, die Merton dem Newtonschen Gesetz gleichgesetzt hat, müßte untersucht werden, ob die durch die Regeldefinition geschaffene Realität der Therapie dienlich ist oder nicht. In der Kasseler Deklaration wird davon ausgegangen, daß das Regelsystem bereits seine bestmögliche Form gefunden habe. Von dieser Position aus wird der Vorschlag der Gutachterkonferenz abgetan und radikal zurückgewiesen.

Durch unscheinbare, aber schwerwiegende Modifikationen einiger Textstellen, die nur beim genauen vergleichenden Lesen bemerkt werden können, geraten »Phase« und »Variation« zu abschreckenden Bildern für willkürliche Eingriffe in ein Regelsystem, dessen Stabilität dadurch gefährdet werde. So heißt es wörtlich:

»Ein phasenhafter Wechsel in der Sitzungsfrequenz bei analytischer Psychotherapie entspricht dagegen *nicht* den Vorstellungen der Psychoanalytiker in der DPV« (S.11, im Original hervorgehoben). Eine andere Stelle lautet: »Gerade auch die Regelmäßigkeit der Stunden, die Stabilität der vereinbarten Sitzungsfrequenz ist für die psychoanalytische Arbeit essentiell – indem sie die Tragfähigkeit der therapeutischen Beziehung zugleich darstellt und fördert.« »Variation« in den Rahmenbedingungen, insbesondere auch »Variationen der Frequenz, seien sie nun vom Patienten selbst oder vom Therapeuten herbeigeführt, sind in hohem Grade geeignet, das bewußte, mehr aber noch das unbewußte Vertrauen in die Zuverlässigkeit der analytischen Situation zu erschüttern und die Entfaltung des Übertragungsgeschehens und damit den analytisch/therapeutischen Prozeß zu stören – wenn nicht zu zerstören« (S.11).

In der DPV-Deklaration wird die wahrscheinlich zutreffende Vermutung ausgesprochen, daß in der Bezeichnung »Phase« meine Auffassung enthalten ist, die von den meisten Gutachtern bei der erwähnten Sitzung am 18.1.1991 geteilt wurde. Am Schluß einer längeren Stellungnahme, die als offener Brief in der DPV bekanntgemacht und im PsA-Info (Thomä, 1991) unter einer falschen Überschrift veröffentlicht wurde, schrieb ich am Schluß:

»Ist ein therapeutischer Prozeß in Gang gekommen, was, wie gesagt, durch eine hohe Frequenz, also drei bis vier Sitzungen pro Woche, gefördert wird, ist eine Variation der Frequenz vertretbar.«

In der DPV-Deklaration heißt es hierzu:

»Demgegenüber vertreten die Psychoanalytiker in der DPV den Standpunkt, daß ein Vorgehen i. S. einer »Variation der Frequenz...« persönliche Auffassungen widerspiegelt, die von den allgemeinen Regeln psychoanalytischer Krankenbehandlung abweichen, die – auch international – von einem breiten Konsens getragen sind (S.11)«.

Zunächst sind noch Anmerkungen zu den entstellenden Modifikationen des Textes am Platz. In der Zusammenfassung der KBV wird von »bestimmten Phasen« gesprochen, die eine Frequenz von vier Sitzungen pro Woche erforderlich machen können. Wer Protokolle dieser Art zu lesen vermag, weiß, daß Aussagen ohne genauere Kennzeichnung einen großen Spielraum eröffnen. Die »bestimmten« sind also »unbestimmte Phasen«. Man sollte nicht vergessen, daß es in dieser Konferenz beispielsweise auch darum ging, die Möglichkeit hochfrequenter psychoanalytischer Psychotherapien für Beauftragungsfälle zu sichern, ja zu retten. Solche Rettungsaktionen gelingen nur dann, wenn wenigstens wahrscheinlich gemacht werden kann, daß Patienten wegen einer Symptomatik ohne erheblichen Krankheitswert schon von Anfang an eine hochfrequente Behandlung benötigen, um beispielsweise »Charakterwiderstände« zu erkennen und zu mobilisieren. Die Tatsache, daß der Kandidat hochfrequente Behandlungen zum Lernen benötigt, darf ja bei der Bestimmung von »Phasen« aus naheliegenden Gründen keine Rolle spielen. Es mußten also Kompromisse gefunden werden, die mehrheitsfähig waren.

Das fundamentalistische Regelverständnis derzeit führender Mitglieder der DPV ließ keine Kompromisse zu. Die von den Gutachtern und der KBV vorgeschlagene Lösung wurde entstellt wiedergegeben: aus »Variation« und »Phase« wurde in der Kasseler Deklaration der »phasenhafte Wechsel«. Schließlich wurden aus der »Variation«, was ja nichts anderes heißt als Änderung, beliebige »Variationen«, womit das Schreckensbild gedankenloser Manipulation, ja Willkür an die Wand gemalt wird.

Immer wieder ist darauf aufmerksam zu machen, daß das Verhältnis von Frequenz und Dauer in Korrelation zu den therapeutischen Veränderungen beachtet werden muß. Überall machen es die ökonomischen Verhältnisse erforderlich, an die Effizienz zu denken. Bei sorgfältigem Abwägen vieler Gesichtspunkte sind wahrscheinlich die meisten Analytiker bereit, die Frequenz zu ändern und diese auch zu reduzieren, wenn ein therapeutischer Prozeß in Gang gekommen ist. Dann setzt der Patient den inneren Dialog außerhalb der Sitzungen intensiv fort, wie dies Rangell (1981) selbst bei längeren Unterbrechungen beobachtet hat. An-

dererseits ist aus methodischen Gründen eine dichte Sitzungsfolge erforderlich, wenn es an der Bereitschaft eines Patienten mangelt, vom Berichten über alltägliche Geschehnisse zum freien Assoziieren und zum Nachdenken über die Bedeutung seiner Erzählungen zu gelangen. Es gibt eine Fülle von Kriterien, nach denen sich die Wahrscheinlichkeit eines günstig verlaufenden psychoanalytischen Prozesses einschätzen läßt. Zu den sichersten prognostischen Faktoren gehören die Merkmale einer hilfreichen Beziehung, die Luborsky (1984) erarbeitet hat. Kann man einen Patienten nicht zur Mitarbeit gewinnen, stellen sich schwierige Fragen. Günstige Verläufe zeichnen sich dadurch aus, daß ein Patient in Abwesenheit des Analytikers zur Selbstreflexion fähig ist. Dann ist auch eine Reduzierung der Frequenz probeweise gerechtfertigt. Mit manipulativen Variationen hat dies nichts zu tun.

II Beauftragung von Kandidaten

Die Bildung eines Rahmens hat das Ziel, dem Patienten die größtmögliche Freiheit zu ermöglichen. Der Rahmen kann aber zum »Prokrustesbett« werden. Die Gedankenfreiheit auf der Couch und insbesondere die Seelenruhe des angehenden Psychoanalytikers werden durch Ausbildungsforderungen belastet. Wahrscheinlich wissen die wenigsten Patienten, daß sie als »Ausbildungsfall« viermal in der Woche kommen müssen und eine Reduzierung, unbeschadet ihrer positiven oder negativen Auswirkungen auf die Therapie, nachteilig für den *Kandidaten* wäre. Denn als Ausbildungsfall wäre dieser Patient nach einer Reduzierung von vier auf drei Sitzungen pro Woche nicht mehr geeignet. Dieses Beispiel ist nicht meiner Einbildungskraft entsprungen, sondern eine aktenkundige Tatsache. Groen-Prakken (1990, S.87) sagt unverblümt, daß sich Abhängigkeiten – beim Kandidaten vom Ausbildungsfall, beim niedergelassenen Psychoanalytiker vom Honorar des gutzahlenden Patienten – »verheerend« auf die Therapie auswirken können. Reduziert ein Ausbildungskandidat die Sitzungsfrequenz nach erfolgreichem Verlauf auf Wunsch des Patienten und kompetenter Analyse von Widerstand und Übertragung bei Annäherung an die 300. Sitzung auf drei Stunden, wird diese Therapie für das Abschlußexamen ungeeignet – wie kompetent sie auch durchgeführt worden sein mag. Die Ausbildungsrichtlinien der DPV erlauben nämlich den Examensvortrag erst nach der 300. Behandlungsstunde. Soweit mir bekannt ist (siehe hierzu Thomä, 1992) handelt es sich um ein zufälliges Zusammentreffen beim Grenzstein »300«. Zufall oder nicht: Auch ohne viel Phantasie kann man sich die

Folgen dieses Zusammentreffens, der Begrenzung einerseits und der geforderten Überschreitung andererseits, vorstellen. Unter diesen Umständen können Ausbildungsfälle weder als Beispiele für die Dauer von Analysen noch für die Optimierung der Frequenz herangezogen werden. Während in Wirklichkeit die Ausbildungsregularien die Frequenz vorschreiben, müssen die Kandidaten in Anträgen an die Gutachter so tun, als läge eine spezielle Indikation für eine hochfrequente Analyse vor. Die Wahrheitssuche beginnt mit einer Lüge. Bei der Gestaltung der Kolloquiumsberichte haben die Kandidaten schließlich so viele Gesichtspunkte zu berücksichtigen, daß ein angstvoller Balanceakt bestanden werden muß.

Die Gutachter sind gehalten, bei ihren Empfehlungen dem einzelnen Fall gerecht zu werden. Die von mir bearbeiteten Anträge beziehen sich auf ein breites psychopathologisches Spektrum seelischer und psychosomatischer Erkrankungen ganz unterschiedlichen Schweregrades. Nach meiner Erfahrung bestimmen hauptsächlich die Ausbildungsregularien und nicht die Diagnose die in den Anträgen geforderte Hochfrequenz. Herold (1993) hat sein Befremden darüber ausgedrückt, daß 20 Jahre lang analytische Psychotherapien mit einer Frequenz von vier Wochenstunden von den gleichen Gutachtern bewilligt wurden, die nun »Irritationen« zeigten. Er kritisiert die Gutachter wegen ihres langen Atems. Kurz und bündig stellt er fest: »Wenn die Gutachter ihre Aufgabe gewissenhaft ausführen, sollten sie jeden Antrag eines Kandidaten ablehnen, wenn er den in den Richtlinien geforderten Kriterien nicht entspricht« (S.66). Tatsächlich waren die Gutachter schließlich nicht mehr bereit, den Etikettenschwindel zu akzeptieren, der Beauftragungsfälle für Ausbildungskandidaten der DPV mit fragwürdigen Indikationsstellungen zu hochfrequenten analytischen Psychotherapien von A bis Z umstilisierte.

Statt ihnen Vorwürfe zu machen, könnte man den Gutachtern auch zuzugute halten, daß sie wegen der schwierigen Lage der Ausbildungskandidaten lange Zeit die Psychotherapie-Richtlinien sehr großzügig auslegten. Ohne Zweifel haben sich Gutachter von dem Wissen leiten lassen, daß Anfänger mehr Zeit als erfahrene Analytiker brauchen, um die unbewußten Hintergründe der Probleme eines Patienten zu begreifen und Erkenntnisse therapeutisch fruchtbar zu machen. So könnte man sogar sagen, daß der Ausbildungskandidat am Anfang hochfrequente Sitzungen benötigt, um sich orientieren zu können. Theseus war auf den Ariadnefaden angewiesen, um aus dem Labyrinth wieder zurückzufinden. Sind Patient und Therapeut am Anfang des Weges noch ganz unerfahren,

erleichtert eine dichte Frequenz, den Faden von einer Sitzung zur anderen nicht zu verlieren oder einen vergessenen Zusammenhang wieder zu entdecken. Lassen sich die Fäden weder halten noch da und dort miteinander verknüpfen, sind Überlegungen zur Behandlungstechnik von Nöten, die weit über das Frequenzproblem hinausgehen müßten.

Stereotype Verlängerungsanträge auf hochfrequente Analysen und die regelmäßige Überschreitung der 300-Stunden-Grenze warfen schließlich so viele Probleme auf, daß der stillschweigend zugebilligte Ausbildungsbonus in den Mittelpunkt der Beachtung rückte. Diese tangierten das Prinzip von Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit. Als Psychoanalytiker konnten die Gutachter schließlich ihre Augen nicht vor bestimmten Problemen verschließen, auch wenn diese außerhalb ihrer offiziellen Aufgabe lagen. Hierzu gehört beispielsweise, daß sich der Zwang zu kontinuierlicher Hochfrequenz nachteilig auswirken kann. Für unerfahrene Kandidaten ist es nicht nur am Anfang schwierig, zur produktiven Gestaltung eines analytischen Prozesses beizutragen. In Sackgassen geraten freilich nicht nur Anfänger. Nach hunderten von Sitzungen müßte sich jeder Analytiker fragen, ob seine innere Bühne so angelegt ist, daß die unbewußten *personae dramatis* seines Patienten noch zu neuen Inszenierungen gelangen können. Je länger Analysen dauern, desto wesentlicher wird es, auf das Verhältnis von Wiederholung und Neubeginn im Hier und Jetzt zu achten. Fortsetzungsanträge werden häufig mit der eingetretenen Regression begründet, so als ob diese ohne weiteres, nicht aber deren Nutzung die analytische Psychotherapie kennzeichne. Neben der Übertragung und der Gegenübertragung wird die Bedeutung der Regression am häufigsten mißverstanden. Nicht selten kommt es zu malignen Regressionen, durch die alle Beteiligten, zuvörderst der Patient, in Mitleidenschaft gezogen werden.

Die Dauer von Analysen beim Ablegen des Kolloquiums ist in den achtziger Jahren auf hohe Durchschnittswerte angestiegen. Eine genaue Berechnung, die nach einem groben Vergleich für die frühen neunziger Jahre repräsentativ sein dürfte, gibt für das Kolloquium im Herbst 1991 folgende Zahlen:

Werte: »statt Zahlen«: Gesamtzahl der Berichte: 17; Durchschnittliche Stundenzahl zum Zeitpunkt der Anmeldung zum Kolloquium (Mittelwert): 411; Standardabweichung: 86. Wegen einer rechts-schiefen Verteilung der Einzelwerte und einer möglichen Verschiebung des Durchschnittswertes durch extrem hohe Werte ist es jedoch sinnvoller, zu der nichtparametrischen Beschreibung der Verteilung zu greifen. Diese rechts-schiefe Verteilung ergibt sich schon daraus, daß Abweichungen

nach unten wegen der Festlegung des Kolloquiums bei mindestens 300 beschnitten sind. Die Verteilung kann folgendermaßen beschrieben werden: Minimum: 285; 1. Quartil: 330; Median: 440; 3. Quartil: 492,5; Maximum: 540. Dies bedeutet, daß 50% der Werte kleiner und die restlichen größer sind als 440 und daß 50% der Werte im Bereich von 330 bis 492,5 liegen.

Die in den zurückliegenden Jahren erheblich angestiegene Sitzungszahl zum Zeitpunkt des Kolloquiums ist ein Faktum, das gewiß viele Interpretationen zuläßt. Unter behandlungstechnischen Gesichtspunkten ist es besonders bedenklich, daß der Einfluß der Fremdfinanzierung auf die therapeutische Beziehung im allgemeinen und beim Übergang zur Selbstfinanzierung im besonderen in den meisten Berichten, die ich unter diesem Gesichtspunkt gelesen habe, unzureichend oder überhaupt nicht beachtet wird. Es sollte auch geklärt werden, wie lange Patienten nach dem Kolloquium die Analyse mit welcher Frequenz fortsetzen. Deshalb wende ich mich nun einem Problem zu, das sehr viel wesentlicher ist als der Kampf um einen »extrinsic Factor«. Die Adjektive »intrinsic« und »extrinsic« verwendet Gill (1984, 1988), um »wesentliche« und »äußere« Merkmale der analytischen Situation zu kennzeichnen. Damit können Unterscheidungen getroffen werden, die genuin psychoanalytischen Gesichtspunkten gerecht werden.

Etwa zehn Jahre nach Übernahme der Behandlungskosten für analytische Psychotherapien durch die Pflichtkrankenkassen fand 1978 eine Arbeitstagung der DPV in Berlin statt, bei der »Einflüsse der Kassenregelung auf die psychoanalytische Behandlung« und die Honorarfrage im Mittelpunkt der Diskussion standen. Die meisten Vortragenden befaßten sich mit negativen Auswirkungen der Kassenfinanzierung, ohne daß Vergleiche mit den Folgen der früheren Privatfinanzierung gezogen wurden. Cremerius (1981) hat darauf aufmerksam gemacht,

»daß die der Krankenkassenregelung angelasteten Einengungen und Erschwerungen der analytischen Therapie nicht erst durch sie entstanden sind. Derartiges hat es auch schon früher gegeben. Es sah damals nur anders aus« (S.2).

Cremerius zeigt auf, daß die Kontroversen um Eigenfinanzierung der Kur – Kassenfinanzierung, unbegrenzte Analysendauer – Limitierung derselben, exklusive Zweierbeziehung – Präsenz des Dritten, reine Psychoanalyse – psychoanalytische Psychotherapie *Scheinkontroversen* sind. Er fordert, die Auswirkungen der Kassenregelung auf den analytischen Prozeß zu untersuchen, und gibt wichtige Hinweise auf unterschiedliche Auswirkungen des Bezahlungsmodus auf die unbewußten Phantasien von Patient und Analytiker. Im Ulmer Lehrbuch (Thomä

und Kächele, 1988) wurde anhand von Beispielen begründet, daß das mit der Fremdfinanzierung verknüpfte Antrags- und Begutachtungssystem und dessen Auswirkung auf die Beziehung und den Verlauf sorgfältig beachtet werden müsse. Den wenigsten Kolloquiumsberichten oder Veröffentlichungen erfahrener Analytiker kann entnommen werden, wie das Antragsverfahren und die Einwirkung unbekannter Dritter auf Übertragung und Gegenübertragung reflektiert werden. Es ist also wahrscheinlich, daß viele Patienten nicht wissen, was sich hinter ihrem Rücken zwischen dem antragstellenden Analytiker, dem Gutachter und der Krankenkasse abspielt. Nicht die Fremdfinanzierung und deren Begrenzung sind es, die sich deformierend auf den analytischen Prozeß auswirken. Die Übertragungsbedeutung des Gutachterverfahrens ist allerdings nicht analysierbar, wenn der Patient gar nicht weiß, was im Antrag an den Gutachter über ihn geschrieben steht. Wir haben deshalb empfohlen, Anträge so abzufassen, daß der Patient diese auf Wunsch lesen und verstehen kann. Rotmann (1992) hat gezeigt, wie diese Störung analytisch reflektiert werden kann. Übrigens wird dieses grundlegende Thema nicht nur bei uns kaum zur Sprache gebracht. In Vorbereitung auf das Peer-Review-System als Teil der Kostenbeteiligung von Krankenkassen an den Kosten längerdauernder analytischer Psychotherapien hat die American Psychoanalytic Association ein Memorandum herausgegeben, in dem mit keinem Wort auf die wesentlichen psychoanalytischen Gesichtspunkte bei den Berichten an Krankenkassen und Gutachtern eingegangen wird. Dieses Versäumnis hat Marill (1993) scharf kritisiert und Ratschläge gegeben, die genau denjenigen entsprechen, die im Ulmer Lehrbuch und von Rotmann gemacht wurden.

III Das Indikationsproblem

Erst nach der Kasseler Deklaration wurde die Hochfrequenz mit speziellen Indikationen begründet. Damit begab sich die DPV auf eine Argumentationsebene mit vielen Fallstricken. Zunächst ist zu wiederholen, daß zu keiner Zeit die Wirksamkeit hochfrequenter Analysen bezweifelt wurde. Es ging immer um die Vergleichsfrage.

Beim Vergleich stellt sich die Frage, ob es für die hochfrequente Therapie eine spezifische Indikation gibt, die am *Anfang* anhand diagnostischer Kriterien begründet werden kann. Da der Ausgang einer Analyse, also die Prognose eines Leidens, mehr von inneren, qualitativen Faktoren als von äußeren, quantitativen Variablen abhängig ist, kommt der Frequenz

nach Auffassung vieler namhafter Analytiker eine vergleichsweise untergeordnete Bedeutung zu.

Wegen des Zusammenhangs von Diagnose, Indikation und Prognose nützen Behauptungen über ein spezielles Indikationsgebiet für die hochfrequente psychoanalytische Standardtechnik nichts, wenn die diagnostische »Erkenntnis« im engeren und weiteren Sinn sich nicht an der »wohlthätigen Wirkung«, am Erleben, am Erfolg bewährt, also ganz nach Freuds Junktim-Forderung schließlich auch als Besserung (oder neutral: als Veränderung) nachgewiesen werden kann. Läßt man sich auf die Probleme der Indikationsstellung ein, genügt es nicht, Kataloge aufzustellen, die so weit gefaßt sind, daß es kaum ein seelisches Leiden gibt, das nicht mit hochfrequenter Psychoanalyse behandelt werden könnte und idealiter auch müßte. Tatsächlich folgt die psychoanalytische Standardtechnik mit vier und fünf Sitzungen wöchentlich einer selektiven Indikationsstellung, bei der geeignete Patienten ausgewählt werden. Diese Einstellung hat sich für die Psychoanalyse als Therapie nachteilig ausgewirkt. Eine einseitige, die wesentlichen qualitativen Merkmale der personengebundenen psychoanalytischen Methode vernachlässigende Definition brachte die Anpassung der Technik an den jeweiligen Patienten möglichst auf Null.

Die Qualität einer analytischen Psychotherapie ist von Raum und Zeit und deren Erleben in der Begegnung abhängig. In allen anläßlich der Frequenzdiskussion vorgelegten Indikationskatalogen spiegelt sich das breite Spektrum der Anwendung der Psychoanalyse. So widerlegten die von Vertretern der Fachgesellschaften mit unterschiedlichem Nachdruck vorgelegten Indikationskataloge für die hochfrequente vier- oder fünfstündige Analyse gerade den Anspruch, der gestellt und bewiesen werden sollte.

Die Behauptung, daß nur eine hohe Frequenz von A bis Z den Rahmen sichere, der einen tiefgreifenden psychoanalytischen Prozeß mit Regression und Heilung ermögliche, ist x-fach widerlegt. So bleibt nur eine Pseudobegründung übrig, die auf eine zirkuläre Definition der psychoanalytischen Methode hinausläuft. Als Beispiel hierfür mag die Erklärung gelten, die Ermann (1993) federführend für die Deutschen Psychoanalytischen Fachgesellschaften abgegeben hat. Nach dieser Erklärung der Fachgesellschaften

»stellt die hochfrequentierte Anwendung der psychoanalytischen Methode das Basisverfahren dar, von dem Varianten wie die Anwendung mit mittlerer und niederer Frequenz, die Behandlung in Gruppen und Kurz- und Fokalthherapie abgeleitet worden sind, die ihrerseits (im Sinne der Psychotherapierichtlinien) als wissenschaftlich fundiert und begrün-

det gelten. Die Einschränkung durch die Änderung der Psychotherapierichtlinien grenzt also gerade jenes Verfahren aus, das anderen in der Versorgung angewandten Verfahren ihre wissenschaftliche Berechtigung gibt« (Ermann, 1993, S. 1214).

Den Sprechern der Psychoanalytischen Fachgesellschaften ist anscheinend nicht aufgefallen, daß die quantitative Definition des Basisverfahrens der wissenschaftlichen Bedeutung der Psychoanalyse äußerlich ist. Deshalb wird den abgeleiteten Verfahren weder die praktische noch die wissenschaftliche Berechtigung von der Häufigkeit der Sitzungen verliehen. Das psychoanalytische Verfahren hat seine Basis nicht in der Frequenz. Wäre dies nämlich so, dann wären alle Psychoanalytiker, die keine hochfrequente Lehranalyse kennengelernt haben, während der Ausbildung nur niederfrequente Behandlungen kontrolliert haben und die in ihrer Praxis vorwiegend und mit gutem Erfolg Langzeittherapien unterhalb der Hochfrequenz durchführen, nicht berechtigt, sich Psychoanalytiker zu nennen. Viele französische Psychoanalytiker müßten aus der IPV ausgegliedert werden. Anscheinend haben die Fachvertreter übersehen, daß durch die zitierte Argumentation das therapeutische Denken und Handeln ihrer Mitglieder diskreditiert wird. Ehrlicherweise müßte die DGPT nicht erst das geplante Psychotherapeutengesetz, wie Kaiser (1993) anmerkt, zum Anlaß nehmen, eine Umbenennung in »Deutsche Gesellschaft für Psychosomatik und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie« zu vollziehen. Gäbe die Frequenz die Legitimation für die Bezeichnung, müßte die DGPT sich sofort umbenennen. Ermann müßte sich als derzeitiger Präsident der DPG einen Doppelnamen einfallen lassen, der den Drei- und Vier-Stunden-Analitikern unter den Mitgliedern gerecht wird. Soweit kommt man, wenn man glaubt, Freuds kurzen Hinweis auf die »wissenschaftliche Psychoanalyse« und »ihre Anwendung auf medizinischem und nicht-medizinischem Gebiet« (Freud, 1927a, S. 295) als klärende Unterscheidung zwischen Methode und Verfahren verstehen zu können. Diese bedeutungsgleichen Worte unterscheiden gar nichts.

Diese Anmerkungen sind zu ergänzen. Liest man die Stellungnahmen der Vorsitzenden der DGPT, DPG und der C. G. Jung-Gesellschaft genauer, wird diplomatische Zurückhaltung erkennbar. Nirgendwo ist nämlich davon die Rede, daß Hochfrequenz von Anfang bis Ende einer Behandlung notwendig sei. Es spricht für die Besonnenheit der anderen psychoanalytischen Fachgesellschaften, daß sie sich nicht von einer falsch verstandenen Loyalität in einen Streit hineinziehen ließen, dessen Ausgang ohne Verblendung vorausszusehen war. Um diese Verleugnung begreifen zu können, müssen gruppensdynamische Erklärungsmuster

herangezogen werden. Freud (1921c) hat in *Massenpsychologie und Ich-Analyse* gezeigt, was geschieht, wenn ein Führer durch eine »führende Idee« ersetzt wird. Wegen der Fülle widerspruchsvoller Ideen in der IPV und DPV wurden Äußerlichkeiten zum Identitätsmerkmal. Das Unbewußte wird zwar immer das »Schibboleth« (Freud, 1923a, S. 239; Thomä, 1993) der Psychoanalyse sein, aber dieses Erkennungszeichen hat ganz unterschiedliche Formen und Inhalte in den vielen Richtungen und Schulen der modernen Psychoanalyse. Es kennzeichnet keinen »gemeinsamen Grund.« Anstatt im Pluralismus Kreativität zu sehen, werden nicht zuletzt aus irrationaler Angst vor der IPV äußere Merkmale – neben der Frequenz, z. B. Liegen versus Sitzen – als Kennzeichen der Identität verwendet. Sandler (1989) Vermutung bestätigt sich überall: In der Psychoanalyse wird sehr viel mehr unter taktischen und politischen als unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten entschieden. Die Bindung des Selbstverständnisses an die Frequenz hat dazu geführt, daß sich die DPV allen Warnungen zum Trotz zur Unzeit und unter ungünstigen Ausgangsbedingungen in einen Streit eingelassen hat. Sowohl aus sachlichen als auch aus strategischen Gründen wäre es viel wichtiger, am Grenzübergang »Dreihundert« überzeugende Dokumente vorzulegen.

Die Indikationsdiskussion machte deutlich, daß es für die psychoanalytische Methode beim gegenwärtigen Wissensstand keine spezifische oder differentielle Indikation zur durchgängigen vier- oder fünfstündigen Frequenz gibt, die durch höhere Wirksamkeit im Vergleich zur dreistündigen Frequenz begründbar wäre. Dieser Schlußfolgerung kann man sich meines Erachtens nicht entziehen, wenn man den besonders sorgfältigen Indikationskatalog kritisch betrachtet, den Nedelmann nach der Anhörung im Herbst 1992 zusammengestellt hat. Die Liste der Kriterien und deren Zugehörigkeiten zu bestimmten Syndromen oder Gruppen von Kranken ist so umfassend, daß sehr viele Kombinationen denkbar sind, die sich zwar wesentlich voneinander unterscheiden, aber allesamt zu derselben Indikation für die hochfrequente analytische Psychotherapie führen können. Die Gründe, die zum einen oder anderen Behandlungsvorschlag veranlassen, müssen also zum größeren Teil außerhalb der aufgestellten Kriterien liegen.

Tatsächlich hängt der Vorschlag, der nach den diagnostischen Gesprächen gemacht wird, weit weniger von der Art des Leidens ab, als von der sogenannten »Eignung« des Patienten für die Methode. Im Laufe der Jahrzehnte hat sich die diagnostische Indikationsstellung zugunsten der Zugänglichkeit des Patienten hin verlagert (Glover, 1955). Tyson und Sandler (1974) sind den terminologischen Problemen und Verwirrungen

nachgegangen, die mit den Begriffen Indikation, Eignung und Analysierbarkeit verbunden sind. Die Unterschiede im Vergleich mit Indikationsstellungen in der Medizin liegen im Wesen der analytischen Methode, die sich auf Symptome seelischer und körperlicher Erkrankungen nur indirekt, nämlich durch den Einfluß auf die Person des Kranken, auswirken kann. In jeder Form von Psychotherapie ist die Fähigkeit des Patienten zur Mitarbeit noch wesentlicher als die »compliance« eines Kranken für den Erfolg einer medikamentösen oder chirurgischen Behandlung. Trotz der bestehenden erheblichen Unterschiede ist es zweckmäßig, bei der Diskussion der Analysierbarkeit zwei Gesichtspunkte zu berücksichtigen, die bei schwierigen Indikationsstellungen in der Medizin wichtig sind. Läßt sich beispielsweise aus Altersgründen oder wegen einer bestehenden Stoffwechselstörung eine an sich angezeigte Operation nicht durchführen, werden verschiedene Konsequenzen gezogen. Zum einen wird versucht, daß der Patient operationsfähig wird, und zum anderen werden Variationen der Operationstechnik in Erwägung gezogen und erprobt. Hierbei geht es darum, durch begleitende und unterstützende Maßnahmen die günstigsten Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß ein Verfahren wirksam werden kann. Der Operateur paßt sich mit seiner Technik an die besonderen Umstände an und variiert sein Vorgehen. Absolute Indikationen sind selten. Führen viele Wege nach Rom, sind verschiedenartige Verfahren geeignet, therapeutische Erfolge zu erzielen, müssen prognostische Kriterien und Risiken abgewogen werden. Das am besten für den jeweiligen Fall geeignete Verfahren wird schließlich vorgeschlagen und im Einvernehmen mit dem Patienten gewählt. Es ist also kein Zufall, daß die Kontroversen über Indikation, Zugänglichkeit, Eignung und Analysierbarkeit Hand in Hand mit dem Problem der Variation und Modifikation der psychoanalytischen Technik verlaufen.

Spätestens seit den 50er Jahren, demonstriert an »The widening scope of psychoanalysis« (A. Freud, 1954, S.1378), komplizierte sich das Problem, weil nun in den analytischen Psychotherapien vielfältiger Prägung Verfahren zur Verfügung standen, die sich nicht scharf vom klassischen Vorbild abgrenzen lassen. Im Ulmer Lehrbuch wurden die wichtigsten Gesichtspunkte im Kapitel »Entscheidungsprozesse« diskutiert. Als Ergebnis konnte dort zusammengefaßt werden,

»daß das Konzept Analysierbarkeit den letzten Rest von Spezifität verloren hat ... Wenn »analysierbar« zu dem wird, was ein Psychoanalytiker tun kann und aushält, dann kann über Indikation nur noch im Rahmen der bipersonalen Fundierung des therapeutischen Geschehens gesprochen und geforscht werden« (Thomä und Kächele, 1985, S.192).

Kein aus der Psychoanalyse abgeleitetes Verfahren eignet sich zur unmittelbaren und direkten »Symptomheilung«. Immer sollte es darum gehen, die Bedingungen zu verändern, durch die Symptome entstanden sind und aufrechterhalten werden. Freuds Warnung vor den nachteiligen Auswirkungen eines *furor sanandi* stellt aber kein Verbot dar, das Wissen über die Symptomentstehung therapeutisch einzusetzen. Im Gegenteil, Freud hat begründet, daß Analysen schon in kurzer Zeit zu einem günstigen Ausgang gelangen können und so rasch geglückt sind, »weil man bereits alles wußte, was zu ihrer Erledigung notwendig war« (1918b, S.32). Jedenfalls ist der therapeutische Erfolg, auch wenn er nicht ehrgeizig angestrebt werden sollte, in Freuds Theorie an das Bewußtwerden bisher unbewußter Wunschregungen gebunden. Deshalb haben wir von einem Veränderungspostulat gesprochen, das nur künstlich von mehr oder weniger eng gefaßten Erfolgskriterien geschieden werden kann, und hinzugefügt:

»Die Diskussion um Indikationen für verschiedene psychoanalytische Behandlungsverfahren ist deshalb im Grunde genommen eine Diskussion um verschiedene Ziele der Veränderung, die angestrebt werden können« (Thomä und Kächele, 1985, S.190).

Selbstverständlich geht es primär um die Ziele des Patienten, der sich, nach einer treffenden Beschreibung von Casement (1993), auf der Suche befindet und von der unbewußten Hoffnung erfüllt ist, eine Möglichkeit nach Anerkennung unterdrückter Bedürfnisse zu finden. An einem eindrucksvollen Beispiel erläutert Casement, daß sich bei einem während der ersten dreieinhalb Lebensjahre schwer traumatisierten Patienten ein psychoanalytischer Prozeß gerade deshalb entwickelte, weil er sich dem vom Patienten vorgeschlagenen Tempo von zwei Sitzungen wöchentlich anpaßte.

Bei adaptiver Indikationsstellung fallen die besonderen Belastungen weg, die dann bestehen, wenn zusammen mit der Analysierbarkeit auch weitreichende zeitliche und finanzielle Festlegungen getroffen werden. Bei der Verabredung von Analysen ist zu empfehlen, die Dauer nicht in runden Jahren oder Sitzungszahlen anzugeben, sondern von vornherein auf die Beziehung zu den Zielen aufmerksam zu machen. Dann verlieren Angaben über die Dauer von Analysen ihre deprimierende Wirkung, und der Patient kann die Hoffnung schöpfen, daß nicht erst nach ein, zwei oder x Jahren Besserungen oder Heilungen eintreten können. Verschlechterungen, Besserungen und Heilungen sind auch von der beruflichen Kompetenz des Analytikers abhängig. Auch die Dauer einer Analyse ist eine dyadisch regulierte Größe, die sich aus vielen Bestandteilen

zusammensetzt (Thomä und Kächele, 1985). Beispielsweise ist die Phantasie raumzeitlicher Unendlichkeit zu erwähnen, die durch die Realität der 50 Minuten-Stunde, letztlich durch die Allgegenwart des Todes begrenzt wird. Es ist deshalb lebenswichtig, daß sich Patienten und Analytiker rechtzeitig aufs Ende vorbereiten, aber auch nicht zu früh damit anfangen. Die Illusion ewiger Dauer in und außerhalb maligner Regressionen erschwert die Erkenntnis gerade der zerstörerischen Kräfte, die in dieser Reaktionsbildung untergegangen sind.

In der Privatpraxis der kapitalistischen westlichen Welt bestimmten nicht zuletzt die Einkommensverhältnisse die Eignung. Das Problem, aus einer großen Zahl von Bewerbern jene auszuwählen, die »analysierbar« sind, stellte sich erst in den Ambulanzen psychoanalytischer Institute, in denen arme Patienten einen Behandlungsplatz suchten. Die Zuweisung an Ausbildungskandidaten erfolgte unter den Gesichtspunkten einer selektiven Indikation. Die Untersuchung durch besonders erfahrene Psychoanalytiker richtete sich auf die Eignung eines Patienten für eine hochfrequente psychoanalytische Behandlung von langer Dauer. Nun mußten einerseits Selektionskriterien erarbeitet werden. Andererseits war es unerläßlich, die Methode selbst genau zu definieren. Ungefähr zeitgleich entstand deshalb die Konstruktion eines fiktiven Patienten, der die Bedingungen erfüllt, die bei der Erfüllung von Eisslers (1953) »Basic model technique« an ihn gestellt werden. Tatsächlich gibt es diesen idealen Patienten, wie Tyson und Sandler (1974) ironisch anmerken, ebenso wenig wie die »normative Idealtechnik«, nach der, wie Eissler (1958) selbst eingeräumt hat, noch niemals ein Patient analysiert wurde. Völlig verfehlt wäre es freilich, die beiden aufeinander bezogenen Idealbildungen ins Lächerliche zu ziehen. Auch aus ganz praktischen Gründen ist es unerläßlich, eine Methode zu definieren und möglichst rein anzuwenden, beispielsweise im Eisslerschen Sinne, also ohne Parameter. Um die Wirksamkeit einer Methode prüfen zu können, muß zunächst sichergestellt sein, daß sie überhaupt zur Anwendung kam, und zwar bei Patienten, die von Experten als geeignet angesehen werden. So weit, so gut. Wie ist es aber, wenn sich die Auswahlkriterien als *falsch* erweisen oder die reine Anwendung der psychoanalytischen Methode hinter der erwarteten therapeutischen Wirksamkeit zurückbleibt? 40 Jahre später zeigte sich an Nachuntersuchungen, daß die Bemühungen, die psychoanalytische Standardtechnik von den psychoanalytischen Psychotherapien abzugrenzen und selektive Indikationsstellungen zu treffen, gescheitert sind, wie im folgenden Abschnitt gezeigt werden soll.

IV Indikation im Lichte von Katamnesen

Die Idealisierung der klassischen Technik, die in der normativen Idealtechnik Eisslers auf den Begriff gebracht worden war, hatte nicht nur die andersartigen Theorie- und Deutungssysteme der Schule von M. Klein und der Londoner Mittelgruppe außer acht gelassen. Hätten die tonangebenden Vertreter aller Richtungen und Schulen kritische Stimmen ernst genommen, wäre zweifellos schon frühzeitig die Bedeutung der Interaktion zwischen Patient und Analytiker auf Behandlungsverlauf und Prognose erkannt worden.

Begreift man den therapeutischen Prozeß auf der Grundlage der Zwei-Personen-Psychologie Balints oder unter dem allgemeinen Gesichtspunkt der Interaktion, der den Untersuchungen von Kantrowitz et al. (1990 a,b,c) zugrunde liegt, wird im Rückblick evident, warum so viele selektive Indikationsstellungen falsch waren. Besonders relevant und aufschlußreich bezüglich der Voraussage der Analysierbarkeit und der getroffenen Indikationsstellung ist das Forschungsprojekt des Columbia Psychoanalytic Center (Weber et al., 1985 a, b) und das Menninger Foundation Psychotherapy Research Project (Wallerstein 1986). Bachrach et al. (1991) haben die wichtigsten Ergebnisse dieser sich über Jahrzehnte erstreckenden Forschungen zusammengefaßt, deren Ergebnisse für die zurückliegende Zeit repräsentativ sein dürften. Da sowohl im Columbia- wie im Menninger-Projekt das Ergebnis psychoanalytischer Behandlungen als auch die Wirksamkeit analytisch orientierter Psychotherapien untersucht wurden, können auch Vergleiche gezogen werden. Im Columbia-Projekt wurden 295 Psychoanalysen und 286 Psychotherapien durch dieselbe Gruppe von psychoanalytischen Ausbildungskandidaten bei regelmäßiger Supervision durchgeführt. Die Patienten in Psychoanalyse wiesen diagnostisch die höchste Ich-Stärke auf, Patienten mit psychosomatischen Beschwerden bildeten in der Gruppe, die psychotherapeutisch behandelt wurde, eine signifikant schwerer gestörte Untergruppe.

Bezüglich Indikationsstellung ist hervorzuheben, daß die Voreinschätzung der Eignung durch besonders erfahrene Kliniker katamnestisch nicht bestätigt werden konnte. Dieses Ergebnis, das von Weber et al. (1985a, S.138) diskutiert wird, macht im nachhinein auch die Zuweisung zu Psychoanalyse, analytischer Psychotherapie und psychoanalytisch orientierten Psychotherapieformen fragwürdig. In der zahlenmäßig großen Columbia-Studie, die von 581 behandelten Patienten ausgehen konnte, wurden drei Gruppen miteinander verglichen. Die höchste Bes-

serungsrate erreichten 77 Patienten, die ihre Analyse nach der Graduierung des Kandidaten in der Privatpraxis beendeten und die am längsten behandelt wurden. Diese Gruppe hatte die günstigsten Ausgangswerte, nämlich eine hohe Ich-Stärke bei Beginn der Behandlung. Eine geringere Besserungsrate zeigten die Patienten, die mit analytischer Psychotherapie behandelt worden waren. Am schlechtesten schnitt die Gruppe psychosomatisch Kranker ab.

Diese Auswahl bezog sich auf etwa 9000 Patienten, die zwischen 1945 und 1962 das Columbia-Zentrum für Psychoanalytische Ausbildung und Forschung aufgesucht hatten (Weber, 1985a). Von 9000 Bewerbern um einen Psychotherapieplatz wurden nur 1022, also 11,3 % angenommen. Viele Bewerber wurden, wie wir aus den nun vorliegenden katanestischen Daten über die Unsicherheiten bei den Indikationsstellungen sagen können, zu Unrecht als ungeeignet für analytische Psychotherapieformen abgewiesen.

Besonders überraschend ist es, daß nur 43 % der Patienten, die mit guter Besserung mehrjährige Analysen abgeschlossen hatten, nach Auffassung des behandelnden Therapeuten sich in einem psychoanalytischen Prozeß befunden hatten. Erle und Goldberg (1984) machten ähnliche, nicht minder aufregende Beobachtungen, die so viele Fragen aufwerfen, daß man eine längere Abhandlung schreiben müßte. Aufschlußreich ist in dieser Hinsicht das Jahrhundertwerk psychoanalytischer Therapiefor schung, das Menninger-Projekt »Forty-two lives in treatment« (Wallerstein, 1986). Der Titel des Werkes, in dem Wallerstein das Unmögliche vollbracht hat, die Ergebnisse einer dreißigjährigen Forschung auszuwerten und 60 Veröffentlichungen und 5 Bücher zu integrieren, ist tref fend gewählt. Sowohl nach der klinischen Diagnostik als auch in der Einstufung nach dem Health-Sickness Rating Scale (HSRS) waren die 42 Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen schwerkranke Neurotiker und Grenzfälle. Im Vergleich mit Patienten einer durchschnittlichen psychoanalytischen Praxis zeigt die Gesamtgruppe des Menninger-Projektes erheblich schwerere Störungen. Bei nicht wenigen Indikationen sowohl für Psychoanalyse (22 Fälle) als auch für die expressiv-supportive Psychotherapie (20 Fälle) handelte es sich um sogenannte heroische Indikationen, eine Bezeichnung, die Ticho in Anlehnung an Beschreibungen von Glover geprägt hat (vgl. hierzu Wallerstein, 1986).

Als unterstützend-konfliktaufdeckende Psychotherapie (supportive-expressive) wird im Menninger-Projekt eine niederfrequente analytische Psychotherapie verstanden. Nach Wallersteins Retrospektive mußten die meisten Analysen modifiziert werden. Nur 45 % der Patienten er-

wiesen sich im Rückblick als geeignet. Die durchschnittliche Besserung nach dem HSRS war bei beiden Gruppen ungefähr gleich. Wie in fast allen von Bachrach ausgewerteten Untersuchungen wurden auch die 22 Analysen im Menninger-Projekt von Kandidaten durchgeführt, während die 20 Psychotherapiepatienten in der Obhut erfahrener Psychoanalytiker standen. Die Besserung der analysierten Patienten ließ sich nur in wenigen Fällen auf Strukturveränderungen oder auf einen zustande gekommenen psychoanalytischen Prozeß zurückführen. In vielen Fällen trugen supportive Elemente zur Besserung bei. Das Menninger-Projekt läßt den Vergleich zwischen hoch- und niederfrequenten analytischen Psychotherapien bei zwei Patientengruppen zu, wobei zu berücksichtigen ist, daß erhebliche Qualifikationsdifferenzen zwischen Anfängern und erfahrenen Therapeuten bestehen dürften. Bei ungefähr gleicher Dauer der Behandlung durch die beiden Therapieformen betrug die durchschnittliche Sitzungszahl wegen der Hochfrequenz bei den Analysen 1017 und bei den niederfrequenten Psychotherapien 316 (Wallerstein, 1986, S.195). In der DPV scheint diese, für die Beurteilung der Korrelation von Frequenz, Dauer und Erfolg alarmierende Nachuntersuchung, die Bachrach et al. nicht kommentiert haben, unbekannt zu sein.

Wallersteins Werk und den Veröffentlichungen der Columbia-Gruppe (Weber et al.) wurden einige wenige Daten entnommen, die zeigen, wie fragwürdig es ist, selbst nach der gründlichsten Untersuchung – und die Diagnostik, die zur Auswahl der Patienten im Menninger-Projekt führte, dürfte kaum zu übertreffen sein – zuverlässige Indikationen zu stellen. Die größte Schwäche aller von Bachrach et al. ausgewerteten katanestischen Studien ist, daß nur im Menninger-Projekt Einblicke in den psychoanalytischen oder psychotherapeutischen Prozeß möglich sind. Die nachträgliche Feststellung, daß sich kein psychoanalytischer Prozeß entwickelt habe, ist wohl so zu verstehen, daß die Veränderungen nicht auf typische Merkmale eines günstigen Verlaufs (Übertragung, Regression, Auflösung der Übertragung etc.) zurückgeführt werden können. Im Columbia-Projekt wurden einige Merkmale, die einen psychoanalytischen Prozeß kennzeichnen, operationalisiert und auf einer Fünf-Punkte-Skala vom behandelnden Analytiker nach Beendigung beantwortet. Im Menninger-Projekt rekonstruierte Wallerstein den Prozeß auf Grund der ausführlichen Verlaufsnotizen der Therapeuten und Supervisoren sowie retrospektiver Berichte von Patienten und Analytikern.

In der zukünftigen Forschung werden also die größten Anstrengungen

gemacht werden müssen, um die Ergebnis- mit der Prozeßforschung zu vereinigen. Diese Einschätzung ist auch in Bachrachs Schlußfolgerung enthalten, die sehr diplomatisch formuliert ist. Denn trotz der unzureichenden Einblicke in den Austausch zwischen Patient und Analytiker, der den Verlauf und schließlich auch das Endergebnis prägt, sichern einige der erhobenen Befunde nun Vermutungen und Annahmen ab, die beispielsweise die bisherige Praxis der »Indikationsstellung« obsolet machen. Gewiß haben kritische Analytiker immer schon gewußt, daß ein für die Psychoanalyse geeigneter Patient mit den höchsten Ich-Stärken die besten Erfolgsaussichten hat und Patienten aus dieser Gruppe auch jene sind, die von Kandidaten nach ihren Graduierungen privat weiter behandelt werden. Daß sich dieses Wissen bestätigt hat, wird in der Zusammenfassung an erster Stelle erwähnt – eine Banalität. Schon etwas weniger banal ist es, daß sich die Eignung erst am Ende bestätigen läßt. Die vorzeitigen Abbrüche lassen die Patienten im nachhinein ungeeignet erscheinen. Offenbar können auch methodisch schwache Untersuchungen, die Prozeßdimensionen außer acht lassen, zu aufschlußreichen Erkenntnissen führen. Daß es beispielsweise auch Besserungen ohne psychoanalytischen Prozeß gibt, war natürlich auch schon bekannt. Gute Kliniker wußten immer schon, daß auch in der Psychoanalyse supportive Elemente eine Rolle spielen. Man wollte es nur nicht so genau wissen. Auch bei genuin psychoanalytischen Nachuntersuchungen kamen Pfeffer (1961, 1963) sowie Schlessinger und Robbins (1993) erst nach Überwindung von Tabus zu Erkenntnissen über »unaufgelöste Übertragungen«.

An dieser Stelle ist vor der Illusion zu warnen, man könne den anstehenden Problemen entkommen, indem man der Psychoanalyse eine exzentrische Position zuweist. Über den besonderen wissenschaftsgeschichtlichen Ort der Psychoanalyse läßt sich trefflich streiten. Meistens sind Polemik und Diffamierung um so schärfer, je geringer der Wissensstand ist. Diese Regel bestätigt sich erneut bei den Veröffentlichungen von Kaiser (1993) und Trimborn (1993). Letzterer sieht in der von Henseler und Wegner (1993) herausgegebenen Sammlung von 12 klinischen Darstellungen einen »ersten Ansatz« für eine der Psychoanalyse angemessene »qualitative Sozial- und Prozeßforschung«. Diese Aussage verrät eine beträchtliche Unkenntnis der umfangreichen Literatur, die durch Polemik ersetzt wird. Die genuin psychoanalytische Prozeßforschung hängt in der Luft, wenn prozessuale Veränderungen nicht am Endergebnis und an der Katamnese festgemacht werden. Auf jeden Fall muß die Wirksamkeit der Therapie unter Beweis gestellt sein. Das Therapieergebnis ist

also zuverlässig und objektivierend zu dokumentieren. Die Kritik an der empirischen Psychotherapieforschung mag berechtigt sein oder nicht. Sie bleibt unproduktiv, solange bewährte Methoden abgelehnt werden, ohne genuin psychoanalytische Forschungsansätze systematisch zu überprüfen. Hierbei müßte wenigstens ein Minimum an Konsens erreicht werden (Seitz, 1966; Thomä et al., 1976; Caston, 1993; Caston und Martin, 1993).

Nun gibt es im Leben und in der Psychoanalyse nicht nur Meinungsverschiedenheiten, sondern auch Übereinstimmungen. Die übereinstimmende Erfahrung, daß seelische Veränderungen Zeit brauchen und das Gesamtkontingent von 300 Sitzungen nicht selten überschritten werden müßte, um eine wesentliche Besserung oder Heilung besonders schwerer und chronifizierter seelischer Erkrankungen zu erreichen, wirkt sich unter ökonomischen Gesichtspunkten allerdings zugunsten einer niedrigeren Frequenz als vier oder fünf Sitzungen in der Woche aus. Nicht die Zeit heilt Wunden, sondern was qualitativ in der psychoanalytischen Begegnung geschieht. Die Möglichkeit, daß bei drei Sitzungen die gleichen therapeutischen Wirkungen zu erzielen sind wie bei höheren Frequenzen, müßte den behandelnden Psychoanalytiker veranlassen, das wirtschaftlichere Verfahren zu wählen und den Patienten über das Verhältnis von Dauer und Frequenz zu informieren. Die Therapiefreiheit wird nämlich durch die Forderung von Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit eingeschränkt. Der Kostenaufwand ist zwar von der Frequenz unabhängig, wenn man eine Rechnung mit 300 Sitzungen aufmacht. Da es aber wahrscheinlich ist, daß das Verhältnis von Dauer (300 Sitzungen) und Frequenz (vier Wochenstunden) bezüglich der Wirksamkeit ungünstig ist, läge ein negativer Kosten-Nutzen-Quotient vor. Hochfrequente Therapien würden beinahe automatisch zu den Ausnahmen, die ein Überschreiten der durch die Richtlinien gezogenen Grenze erforderlich machen. Es gibt allerdings eine unbekannt große Anzahl von Schwerkranken, die auch bei einem optimalen Verhältnis von Behandlungsdauer und Frequenz der Sitzungen mit guter Prognose eine Fortführung der Therapie über die 300-Stunden-Grenze hinaus benötigen. Bei kontinuierlicher Hochfrequenz wird unökonomisch mit der Zeit umgegangen und daher schließlich auch mit dem Geld der Patienten, wenn die Krankenkassenleistungen erschöpft sind.

Ein für sich sprechendes Beispiel beschrieb kürzlich v. Goldacker-Pohlmann (1993). Nach zehnjähriger Gruppentherapie wurde von ihr ein Patient wegen einer paranoiden Depression mit fünf Wochenstunden in

Analyse genommen, die nach meiner Berechnung nach sechs Jahren und circa 1200 Behandlungsstunden beendet wurde, weil dem Patienten das Geld ausgegangen war. Zunächst hatte die Krankenkasse 300 Sitzungen bezahlt, dann übernahm der Patient für 700 Sitzungen die Kosten selbst. Im fünften Jahr, so heißt es in dem Bericht wörtlich, »mußte er sich der Tatsache stellen, daß seine finanziellen Mittel zu Ende gingen« (S.15). Nun entschloß sich die Analytikerin, ihm zu raten, von der Versicherung noch einen weiteren Zuschuß zu erbitten. Es wurden noch Mittel für ein knappes Jahr bewilligt, womit die Erwartung des Versicherungsvertreters verbunden war, daß dieser Betrag zur Beendigung der Analyse genutzt werde. Im letzten Monat seiner Analyse träumte der Patient von einer Zugreise. Er stieg zu früh aus, »auf halber Strecke«, und fand wenig Geld in seinem Portemonnaie. Von Goldacker-Pohlmann beendet die Vignette mit dem Satz: »Obwohl Herr A. seine Analyse ›auf halber Strecke‹ beenden mußte, meine ich doch, daß er weniger krank ist, als vorher.« Die Botschaft dieser Vignette ist eindeutig: Dem Patienten ist das Geld ausgegangen, und die fünfstündige Analyse wird nach etwa 1200 Sitzungen vorzeitig beendet. Der manifeste Traum illustriert dieses Thema. Aus dem Kontext wird deutlich, worum es der Autorin hauptsächlich geht. Es soll gezeigt werden, daß in der BRD trotz der Krankenkassenregelung noch hochfrequente langfristige Analysen durchgeführt werden. Alternativen, die dem Wohl und Wehe des Patienten hätten vielleicht dienlicher sein können, werden noch nicht einmal nachträglich erwogen. Die oben beschriebene entpersönlichte Anwendung der Methode ist zum Selbstzweck geworden. Von Goldacker-Pohlmann hat diesen Artikel für die psychoanalytische Weltöffentlichkeit im IPA Newsletter geschrieben, um als Vertreterin der strengen und eigentlichen Psychoanalyse die zerstörerischen Auswirkungen des gesetzlichen Krankenversicherungssystems auf die Psychoanalyse zu beschreiben. Der Ausschuß der kontinuierlich hochfrequenten Behandlung wird Kollegen zugeschoben, die alternative Behandlungsziele den Gesundheitsbehörden angeboten hätten. Man kann nur hoffen, daß die Berufsgemeinschaft die oben beschriebene Beendigung einer Analyse nicht als repräsentativ gelten läßt.

V Psychoanalyse – analytische Psychotherapie

Eigene Beobachtungen und die kritische Aufarbeitung der Geschichte der psychoanalytischen Technik sprechen dafür, daß in der hochfrequenten Anwendung wie in analytischen Psychotherapien mögliche Er-

folge deshalb nicht erzielt werden, weil das therapeutische Potential der psychoanalytischen Begegnung unausgeschöpft bleibt. Diese Behauptung wurde anderswo so gründlich belegt, daß hier nur ein Gesichtspunkt genannt werden soll. Die Warnung Freuds vor therapeutischem Ehrgeiz und symptombezogenen Zielsetzungen sowie Suggestion in der berühmten Gold-Kupfer-Metapher hatte antitherapeutische Konsequenzen, so als ob man das Gold schon verkupfere, wenn im Patienten Hoffnungen geweckt werden und überhaupt Einfluß genommen wird. Schulspezifische Universalpsychopathogenesen traten im Laufe der Geschichte der Psychoanalyse an die Stelle des fallbezogenen Nachdenkens über die jeweiligen unbewußten Prozesse, die im Wiederholungszwang eine Symptomatik aufrechterhalten. Um hilfreich sein zu können, muß im Analytiker ein Wissen über psychodynamische Zusammenhänge vorhanden und abrufbar sein. Ohne umfassendes Wissen des Experten über die Stellung von Charaktereigenschaften und Symptomen im psychodynamischen Zusammenhang tappt auch der Patient im Dunkeln. Seitdem die Gegenübertragung das »dritte Ohr« ersetzt hat und zum »analysing instrument« (Balter et al., 1980) geworden ist, spielt die Aufklärung psychodynamischer Zusammenhänge und deren therapeutisch wirksame Vermittlung in der psychoanalytischen Begegnung nur noch eine geringe Rolle.

Die gegenwärtige Kontroverse über die Frequenz analytischer Psychotherapien wäre nicht aufgekommen oder hätte einen anderen Ausgang nehmen können, wenn sich mehr Psychoanalytiker mit diesem Problem befaßt hätten. Es ist eine bedauerliche Tatsache, daß die Diskussion über die Bedeutung äußerer Kriterien, zu denen die Frequenz gehört, vor allem unter dem Gesichtspunkt der Abgrenzung der analytischen Psychotherapie und der Psychoanalyse geführt wurde. Sandler (1989) stellt hierzu fest:

»Was die ›äußeren Kriterien‹ betrifft, so möchte ich als erstes auf die *Häufigkeit der Stunden* eingehen. Bei der ›Standardanalyse‹ finden vier oder fünf Sitzungen in der Woche von 45 bis 50 Minuten Dauer statt. Dies wird auch von den Ausbildungskandidaten für ihre eigene Analyse und für die von ihnen unter Supervision behandelten Fälle gefordert. Wir werden aber auch auf Analytiker treffen, die mit Überzeugung die Position vertreten, daß sie erfolgreiche Analysen mit drei Stunden in der Woche durchgeführt haben – und sogar noch weniger als drei Stunden. Und dazu paßt wiederum, daß man von Behandlungen hört, die der Vier- oder Fünf-Stunden-Frequenz angepaßt wurden, deren Analytiker jedoch sagen, daß es sich tatsächlich aus diesem oder jenem Grund gar nicht um eine Analyse handelte. Um die Dinge weiter zu komplizieren, sei festgestellt, daß eine vierstündige Behandlung in einigen Ländern nicht als Analyse akzeptiert wird, wie zum Beispiel in Großbritannien, während in den USA und anderen Ländern, wie Deutschland, vier Sitzungen in der Woche als Analyse akzeptiert ist. In Frankreich gelten drei Sitzungen in der Woche mehr oder weniger als Standardanalyse, und in einigen Ländern ist die zweistündige Ana-

lyse nicht unbekannt; diese unterschiedlichen Standards finden Anwendung sowohl auf die Lehranalyse wie auf die therapeutische Analyse, einschließlich der im Rahmen der Ausbildung supervidierten Fälle.«

Zum Kontext dieses Zitats gehört die alarmierende Botschaft, daß analytische Psychotherapien,

»... daß fokale oder zeitbegrenzte Therapien positive Effekte für Patienten haben können, die sie nicht aus einer Psychoanalyse ziehen könnten, daß die Ausrichtung der therapeutischen Arbeit auf Symptome hilfreicher sein kann als Analyse, die ja nicht auf die Behebung der Symptome orientiert ist (und die tatsächlich keine brillanten therapeutischen Resultate in dieser Richtung zu verzeichnen hat)« (Sandler, 1989, S.3).

Es stünde schlecht um die Psychoanalyse, wenn das von Sandler beschriebene Mißverhältnis in der Natur der Methode läge. Aus ethischen Gründen müßten Patienten voll über gute, ja bessere Erfolgsaussichten analytischer Psychotherapien aufgeklärt werden. Es liegt auf der Hand, welche Verfahren von der Mehrzahl der Patienten bevorzugt würden. Honorarforderungen für hochfrequente Psychoanalysen an die Krankenkassen stünden, träfe Sanders Feststellung zu, auf schwachen Beinen. Und so sieht es tatsächlich im Augenblick aus, wenn auch der Eindruck trügt. Es liegt nämlich keineswegs an der psychoanalytischen Methode als solcher, daß die von ihr abgeleiteten Verfahren erfolgreicher sein können als die hochfrequente und langfristige Anwendung. Vielmehr wurde von den Eklektikern, die heute die Mehrheit bilden, sowie in den verschiedenen schulspezifischen Standardtechniken – es gibt nicht die eine, sondern es gibt viele Standardtechniken – die Therapiefor schung, also die Untersuchung jener Faktoren, die therapeutische Veränderungen erleichtern, vernachlässigt. Die beste Vorbereitung für künftige »Olympische Spiele der Psychotherapie« (Kaiser, 1993) liegt nicht in der abstrakten Definition der Strecke, die der moderne psychoanalytische Marathonläufer zurücklegen müßte, sondern in der Transformation der psychoanalytischen Methode in Forschung und Praxis der Gegenwart. Um die damit zusammenhängenden Probleme zu lösen, ist die Kooperation zwischen niedergelassenen Psychoanalytikern und Forschungseinrichtungen unerläßlich. Die soeben von Henseler und Wegner (1993) herausgegebene Sammlung von Behandlungsberichten ist ein erneuter Beweis, daß niedergelassene und universitäre Psychoanalytiker aufeinander angewiesen sind und die Zukunft der Psychoanalyse von deren Zusammenarbeit abhängt. Deshalb ist es besonders bedauerlich, daß in der Besprechung dieses Buches durch Trimborn (1993) gegen Gutachter und Universitätsprofessoren polemisiert wird, zu deren Karriere die langfristige Psychoanalyse und deren Belastung nicht passe.

Überall in der Welt ist psychoanalytische Forschung an Institutionen gebunden.

Zusammenfassung

In der Kontroverse um Dauer und Frequenz analytischer Psychotherapien ist es nicht gelungen, differentielle Indikationskriterien aufzustellen und die höhere therapeutische Wirksamkeit kontinuierlich hochfrequenter gegenüber niederfrequenten Therapien wahrscheinlich zu machen (zwischen drei und fünf Sitzungen pro Woche).

Die DPV hat eine schmerzliche Niederlage erlitten. In diesem Rückblick wurde versucht, die auf verschiedenen Ebenen angesiedelten Gründe für diesen Ausgang zu klären. Sollten die vorgebrachten Argumente stichhaltig sein, sind Konsequenzen zu ziehen, sonst kommt es weiter zu folgenschweren Selbsttäuschungen.

Bei gemeinsamen Bemühungen um die Zukunft der Psychoanalyse ist von der entstandenen Lage auszugehen. Ohne Glaubwürdigkeit nach innen und außen wird es nicht gelingen, den verlorenen Boden zurückzugewinnen. »Ehrlich währt am längsten« ist eine sinnvollere Maxime als »wo kein Kläger ist, ist auch kein Richter«. Es ist unwürdig, durch doppelbödiges Agieren unter der Hand lokale und regionale Grauzonen zu schaffen, um einigen Ausbildungskandidaten aus didaktischen Gründen hochfrequente Analysen zu ermöglichen.

Beim gegenwärtigen Wissensstand kann die Notwendigkeit hochfrequenter Analyse von der ersten bis zur letzten Sitzung ärztlich nicht begründet werden. Die absolute Formulierung der Richtlinienänderung widerspricht aber breiten klinischen Erfahrungen, die belegen, daß hochfrequente Sitzungsfolgen auch unter der Trias Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit in bestimmten Situationen vorübergehend therapeutisch unerlässlich sein können. Ohne Zweifel hat die entstandene Polarisierung und das sie begleitende Mißtrauen dazu beigetragen, daß ein radikaler Beschluß gefaßt wurde. Der totale Ausschluß verhindert eine adaptive Anwendung der analytischen Methode und ist kontraproduktiv. Mit dem Abbau der entstandenen Polarisierung könnte man zu verbindlichen Auslegungen der Richtlinien gelangen, die den jetzt verworfenen Frequenzen einen definierten Platz einräumen und die notwendige Dauer analytischer Psychotherapien gewährleisten könnten.

(Anschrift des Verf.: Prof. Dr. Helmut Thomä, Wilhelm-Leuschner-Str. 11, 89075 Ulm)

Summary

Frequency and Duration of Psychoanalytic Therapy in the Health Insurance Context – Some remarks on an ongoing controversy. – In early 1993 Germany's health care insurance system decided to exclude high-frequency analytic therapy involving four to five sessions weekly from the list of medical treatment covered by the health insurance provisions. In the present journal the controversy about the frequency and duration of analytic therapy and the efficacy of high-frequency, long-term analytic treatment as opposed to low-frequency psychotherapy has been reflected in the form of a critical commentary (Kaiser, 9/1993) and a review article (Trimborn, 11/1993). Thomä rejects the assumption that high frequency and long duration are invariably necessary conditions for success, advocating greater flexibility in making frequency and duration dependent on the actual changes achieved in the patient's condition by ongoing therapy. The author calls for the employment of differential, »adaptive« indication criteria, his main criticisms being levelled at the form of psychoanalytic training that fails to school young analysts in the selection of the procedures best suited to individual patients. As it is a generally accepted fact that psychic changes take time, the author concludes that successful therapy is not a matter of frequency but a function of extension over time, thus making duration of therapy the operative factor.

BIBLIOGRAPHIE

- Bachrach, H., und L. Leaff (1978): Analyzability: a systematic review of clinical and quantitative literature. *J.Am.Psa.Assn.*, 20, 881–920.
- (1983): On the concept of analyzability. *Psa.Q.*, 52, 180–204.
- , J. Weber und M. Solomon (1985): Factors associated with the outcome of psychoanalysis (clinical and methodological considerations): Report of the Columbia Psychoanalytic Center (Research Project 8IV). *Int.Rev.Psa.*, 43, 161–174.
- (1989): On specifying the scientific methodology of psychoanalysis. *Psa.Inq.*, 9, 282–304.
- , R. Glatzer-Levy, A. Skolnikoff und S. Waldron, Jr. (1991): On the efficacy of Psychoanalysis. *J.Am.Psa.Ass.*, 39, 871–916.
- Balter, L., Z. Lothane, H. James und J. R. Spencer (1980): On the analysing instrument. *Psa.Q.*, 49, 474–504.
- Brede, K. (1989): Zur gesundheitspolitischen Institutionalisierung der Psychoanalyse. Die »Praxisstudie« und ihre Kurzfassung. *Psyche*, 43, 1044–1057.
- Casement, P. (1993): Psychoanalyse – Verfahren oder Prozeß? *Psyche*, 47, 1013–1026.
- Caston, J. (1993): Can analysts agree? The problems of consensus and the psychoanalytic mannequin: I. *J.Am.Psa.Assoc.*, 41, 493–512.
- , und E. Martin (1993): Can analysts agree? The problems of consensus and the psychoanalytic mannequin: II. Empirical Tests. *J.Am.Psa.Assoc.*, 41, 513–548.
- Cremerius, J. (1981): Die Präsenz der Dritten in der Psychoanalyse. Zur Problematik der Fremdfinanzierung. *Psyche*, 35, 1–41.
- 1990): Die hochfrequente Langzeitanalyse und die psychoanalytische Praxis. Utopie und Realität. *Psyche*, 44, 1–29.
- (1993): Das Eigentor der DPV. *DPV-Info*, 13, 7–10.
- Dahm, A. (1991): Ergebnisse der Gutachtertagung für psychoanalytisch begründete Verfahren am 18.1.1991 in Köln. In: L. Schacht (1991), a. a. O.

- Eissler, K. R. (1953): The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. *J.Am.Psa.Assoc.*, 1, 104–143.
- (1958): Remarks on some variations in psychoanalytic technique. *Int.J.Psa.*, 39, 222–229.
- Erle, J., und D. Goldberg (1984): Observations on assessment of analyzability by experienced analysts. *J.Am.Psa.Assn.*, 32, 715–737.
- Ermann, M. (1983): Psychoanalyse im Wandel – was hat Bestand? *Zsch.pss.Med.*, 39, 219–223.
- (1993): Leserbrief zu der Bekanntmachung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in DÄ 90, Heft 10/1993. DÄ 90, Heft 25/26, C–2124.
- Faber, F.R., und R. Haarstrick (Hg.) (1989): Kommentar Psychotherapie-Richtlinien, 1. Aufl., Neckarsulm (Jungjohann).
- (1991): Kommentar Psychotherapie-Richtlinien, 2. Aufl., Neckarsulm (Jungjohann).
- Freud, A. (1954): Der wachsende Indikationsbereich der Psychoanalyse. Die Schriften der Anna Freud. München (Kindler), 1980, 1349–1367.
- Freud, S. (1905a): Über Psychotherapie. *GW V*, 11–26.
- (1918b): Aus der Geschichte einer infantilen Neurose. *GW XII*, 27–157.
- (1921c): Massenpsychologie und Ich-Analyse. *GW XIII*, 71–161.
- (1923a): Das Ich und das Ich. *GW XIII*, 235–289.
- (1927a): Nachwort zu Frage der Laienanalyse. *GW XIV*, 287–296.
- (1930a): Das Unbehagen in der Kultur. *GW XIV*, 419–506.
- Gill, M. (1984): Psychoanalysis and psychotherapy: A Revision. *Int.Rev.Psa.*, 11, 161–180.
- (1988): Converting psychotherapy into psychoanalysis. *Contemp.Psa.*, 24, 262–274.
- Glover, E. (1955): The technique of psychoanalysis. London (Bailliere, Tindall & Cox).
- Goldacker-Pohlmann, U. v. (1993): Der Einfluß des gesetzlichen Krankenversicherungssystems auf die psychoanalytische Ausbildung in Deutschland. *IP Newsletter*, 14–16.
- Grotstein, J. S. (1982): Newer perspectives in object relation theory. *Contemp.Psa.*, 18, 43–91.
- Groen-Prakken, H. (1990): Einige Gesichtspunkte zur Technik der Psychoanalyse. *EPF Bulletin* 34, 75–89.
- Henseler, H., und P. Wegner (1993): Psychoanalysen, die ihre Zeit brauchen. Opladen (Westdeutscher Verlag).
- Herold, R. (1992): Wissenschaft oder Berufspolitik? Zur Diskussion über hochfrequente Behandlungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. *Forum Psa.*, 1993, 9, 72–74.
- Hoffmann, S.O. (1983): Die niederfrequente psychoanalytische Langzeittherapie. In: ders. (Hg): Deutung und Beziehung. Frankfurt a.M. (Fischer), 183–193.
- (1990): Ist die »rite« Psychoanalyse wirklich Psychotherapie im Sinne der Richtlinien. *Forum Psa.*, 6, 163–166.
- Kaiser, E. (1993): Die Olympischen Spiele der Psychotherapie: Das Forschungsgutachten zum Psychotherapeutengesetz. *Psyche*, 47, 882–895.
- Kantrowitz, J., A. Katz und F. Paolitto (1990a): Followup of psychoanalysis five to ten years after termination: I. Stability of change. *J.Am.Psa.Assn.*, 38, 471–496.
- (1990b): Followup of psychoanalysis five to ten years after termination: II. Development of the self-analytic function. *J.Am.Psa.Assn.*, 38, 637–654.
- (1990c): Followup of psychoanalysis five to ten years after termination: III. The relation between resolution of the transference and the patient-analyst match. *J.Am.Psa.Assn.*, 38, 655–678.
- König, H., P. Schraivogel und P. Wegener (1992): Prognos, Pathos und Polemik. *DPV-Info*, 11, 35–42.
- (1993): Zur Praxis der analytischen Psychotherapie jenseits der 300-Stunden-Grenze. *Forum Psa.*, 9, 35–45.
- Langs, R. (1984): »Transference Analysis« and the communicative approach. *Psa.Inq.*, 4, 465–487.

- (1989): Models, theory and research strategies: toward the evolution of new paradigmas. *Psa.Inq.*, 9, 305–311.
- Luborsky, L. (1984): Einführung in die analytische Psychotherapie. Berlin/Heidelberg/New York (Springer) 1988.
- Marill, I.H. (1993): Technique revisited: The advent of the third-party payer. *The Am. Psychoanalyst*, 27/3, 13–14.
- Merton, R. D. (1968): Die Eigendynamik gesellschaftlicher Voraussagen. In: E. Topitsch (Hg.): Logik der Sozialwissenschaften. Köln (Kiepenheuer & Witsch).
- Meyer, A.E., R. Richter, K. Grawe, J. M. Graf v. Schulenburg und B. Schulte (1991): Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. Hamburg (Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf).
- Nedelmann, C. (1990): Psychoanalyse in der kassenärztlichen Versorgung. *Forum Psa.*, 6, 1–14 und 147–162.
- , und R. Reiche (1990): Analyse und Analysieren im Spiegel einer empirischen Studie. *Psyche*, 44, 202–217.
- (1992): Die Indikation zur hochfrequenten analytischen Psychotherapie – Stellungnahme zu Händen des Arbeitsausschusses »Psychotherapie-Richtlinien« des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.
- Pfeffer, A. Z. (1963): The meaning of the analyst after analysis – a contribution to the theory of therapeutic results. *J.Am.Psa.Assn.*, 11, 229–244.
- Rangell, L. (1981): Psychoanalysis and dynamic psychotherapie. Similarities and differences. Twenty-five years later. *Psa.Q.*, 50, 66.
- Rosenfeld, H. A. (1986): Narzißmus und Aggression. Klinische und theoretische Beobachtungen. In: Narzißmus und Aggression, Arbeitstagung der DPV 1985 in Wiesbaden, hrsg. von H. Luft und G. Maas. Hofheim und Wiesbaden.
- Rotmann, J. M. (1992): Die Übertragungsbedeutung des Gutachterverfahrens. *Psyche*, 46, 178–219.
- Rüger, U. (1993): Editorial zu S.Freud 1918: Wege der psychoanalytischen Therapie – Eine Diskussion 75 Jahre später: Mit Beiträgen von A. Dührssen, H. Bach, F. Beese, J. Cremerius, M. Ermann, P. Fürstenau, H. Henseler, U. Rüger und H. Thomä. *Zsch.pss.Med.*, 39, 197–245.
- Sandler, J. (1982) Psychoanalysis and psychotherapy. The training analyst's dilemma. In: E. D. Joseph und R. S. Wallerstein (Hg.): Psychotherapy. Impact on Psychoanalytic Training. The Influence of Practice and Theory of Psychotherapy and Education in Psychoanalysis. *Int.Psa.Ass.*, Monograph Series, 1, New York (IUP), 39–47.
- (1983): Die Beziehung zwischen psychoanalytischen Konzepten und psychoanalytischer Praxis. *Psyche*, 37, 577–595.
- (1989): Psychoanalyse und Psychoanalytische Psychotherapie: Das Problem der Abgrenzung. *DPV-Info*, 5, 1–5.
- Schacht, L. (1991): Zur Frage: Hochfrequente Analysen in der kassenärztlichen Versorgung. *DPV-Info*, 10, 9–12.
- Schlessinger, N., und F. P. Robbins (1983): A developmental view of the psychoanalytic process: Follow-up studies and their consequences. Emotions and Behavior Monographs, Monograph No. 1. New York (IUP).
- Schmid, R. (1988): Psychoanalytische Tätigkeit in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse einer empirischen Studie – Praxisstudie – im Auftrag der DGPP. Köln (Prognos).
- Seitz, P. (1966): The consensus problem in psychoanalytic research. In: L. A. Gottschalk und A. H. Auerbach: Methods of research in psychotherapy. New York (Appelton-Century-Crofts), 209–225.
- Thomä, H. (1991): Brief vom 15.1.1991 an die Kassenärztliche Bundesvereinigung. *PsA-Info*, Nr. 37, 33–36.

- (1991): Was hat sich in meinem Verständnis des psychoanalytischen Prozesses seit den 60er Jahren gewandelt? *Prax.Psth.Pss.*, 36, 2–11.
- (1991): Idee und Wirklichkeit der Lehranalyse. Ein Plädoyer für Reformen. *Psyche*, 45, 385–433, 481–505.
- (1992): Stellungnahme zum kritischen Kommentar Hermann Belands zu meinem Aufsatz: »Idee und Wirklichkeit der Lehranalyse«. *Psyche*, 46, 115–144.
- (1993): Über einige therapeutische und wissenschaftliche Sackgassen im Zusammenhang mit Freuds Gold-Kupfer-Metapher. *Zsch.pss.Med.*, 39, 238–245.
- , H. J. Grünzig, H. Böckenförde und H. Kächele (1976): Das Konsensusproblem in der Psychoanalyse. *Psyche*, 30, 979–1027.
- , und H. Kächele (1985): *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*, Bd. 1: Grundlagen. Berlin/Heidelberg/New York (Springer).
- (1988): *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*, Bd. 2: Praxis. Berlin/Heidelberg/New York (Springer).
- Ticho, E. (1972): Termination of psychoanalysis: treatment goals, life goals. *Psa.Q.*, 41, 315–333.
- Trimborn, W. (1993): Ist die Psychoanalyse ein obsolet gewordener Luxus? Zum Ausschluß der hochfrequenten psychoanalytischen Psychotherapie aus der Kassenleistung. *Psyche*, 47, 1080–1090.
- Tyson, R. L., und J. Sandler (1974): Probleme der Auswahl von Patienten für eine Psychoanalyse. Zur Verwendung der Begriffe »Indikation«, »Eignung« und »Analysierbarkeit«. *Psyche*, 28, 530–559.
- Wallerstein, R. (1986): *Forty-two lives in treatment*. New York/London (Guilford Pr.).
- Weber, J., H. Bachrach und M. Solomon (1985a): Factors associated with the outcome of psychoanalysis: report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Projekt (II). *Int.Rev.psa.*, 12, 127–141.
- (1985b): Factors associated with the outcome of psychoanalysis: report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Projekt (III). *Int.Rev.Psa.*, 12, 251–262.
- Wilde, K. [1987]: Einige Gedanken, die sich an H. Rosenfelds Vortrag »Narzißmus und Aggression« im November 1984 vor der DPV anschließen. *DPV Informationen*, 2, 15–19.