

Taubner S, Bruns G, Kächele H (2007) Studienpatienten gesucht.
Psychotherapeut 52: (3) 236-238

„Studienpatienten gesucht!“

Svenja Taubner, Georg Bruns, Horst Kächele

Seitdem der Gesetzgeber den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) eingerichtet hat, und seitdem die Evidenz-basierte Medizin sich in allen Bereichen der Medizin ausbreitet, stellen sich auch für die Psychotherapie in ihren vielfältigen Ansätzen neue Herausforderungen. Mehr denn je sind Therapie-Studien gefragt – randomisiert, naturalistisch wie auch immer – für die Studienpatienten und Studienpatientinnen rekrutiert werden müssen. Das sagt sich leicht, doch gesagt ist nicht getan.

Schon Wallerstein (1976) wies in seinem Beitrag zu einem Symposium „Ethics, Moral Values and Psychological Interventions“, auf das „inextricable intertwining of scientific endeavour with ethical and moral presuppositions and implications“ hin (S. 369). Trifft dies für alle Felder klinisch-wissenschaftlichen Arbeitens zu oder gibt es gute Gründe anzunehmen, dass sich für psychotherapeutische Behandlungen spezielle Probleme darstellen? Gegenwärtig wird das damit verknüpfte Thema der Vertraulichkeit (confidentiality) in einem sehr viel weiteren Rahmen – im Kontext einer Professionalisierungsdebatte - abgehandelt, wie in der Einleitung zu einem Symposium anfragt wurde, das diesem bislang wenig diskutierten Thema gewidmet wurde (Levin et al. 2003).

Angeregt durch eine wachsende Einmischung legaler und medizinischer Institutionen in psychotherapeutische Tätigkeitsfelder, in das therapeutische Handeln überhaupt, wird diskutiert, ob es grundsätzlich <koscher> sein kann, wenn Psychotherapeuten sich fragend an ihre prospektiven Patienten wenden, ob diese bereit seien, sich für eine Teilnahme an einer Studie gewinnen zu lassen.

Was gewinnen Patienten, wenn sie sich gewinnen lassen? Es ließe sich vermutlich argumentieren, dass sie durch Teilnahme an einer Studie dazu beitragen, ungeklärte Fragen zu beantworten; Fragen, die jedoch in ihrer eigenen Therapie offen bleiben, weil sie eben nicht geklärt sind. Will man herausfinden, wie Huber et al. (2001) in der Münchener Therapie-Studie oder Rudolf et al. (2002) in der Heidelberger Studie, ob eine einstündige oder mehrstündige Therapiefrequenz pro Woche einen Mehrwert an symptomatischer Besserung

oder gar ein Mehr an struktureller Veränderung ergibt, muss man dem konkreten Patienten wahrhaft unsere Unsicherheit eingestehen: Wir können derzeit keine empirisch gut gesicherten Aussagen zu dieser nicht gerade unwichtigen Frage machen. Anstatt im Brustton der Überzeugung die eventuellen Mehrbelastungen durch den therapeutischen Mehraufwand vertreten zu können, sind wir auf die Mithilfe des einzelnen Patienten angewiesen. Wir benötigen sein Verständnis, dass nur durch seine oder ihre Teilnahme das ganze System der kassenfinanzierten Versorgung sicherer oder unsicherer werden kann.

In der Onkologie ist es anscheinend leichter, wenn auch dort Patienten oft ihre je eigene Überzeugung, die sie durch umfangreiche Internet-Recherchen abgesichert haben, mitbringen. Allerdings gilt: je ernsthafter die Erkrankung ist, desto eher dürfte es dem Behandler gelingen, eine Akzeptanz für bestehende Unklarheit, bestehendes Nicht-Wissen durch Hinweise auf die Natur der u. U. tödlich verlaufenden Krankheit zu erreichen. So wurde jüngst bei der Eröffnung des Ulmer Integrierten Tumor Zentrums (Integrated Cancer Center Ulm) vom Dekan der Medizinischen Fakultät darauf hingewiesen, möglichst alle schwerkranken Patienten im Rahmen von klinischen Studien zu behandeln. Nur so könnten Fortschritte erzielt werden. Eine solche Forderung scheint derzeit in der Psychotherapie noch utopisch zu sein; nur wenn es damit möglich würde, die Finanzierung auch aufwendiger Behandlungen sicherzustellen, müsste ein solcher Gesichtspunkt ernsthaft diskutiert werden. Schwieriger dürfte es sein, wenn Vorbedingungen nicht so gravierend und existentiell sind, eine Akzeptanz für oft aufwendige Vorgehensweisen zu erreichen. Am schwierigsten dürften solche Untersuchungen zu vermitteln sein, die klar auf grundlagenwissenschaftliche Befunde abzielen. Im Rahmen des Aufbaus einer neurowissenschaftlich orientierten Studie (HANSE-Neuropsychanalyse Projekt, Roth et al., 2006) haben wir erste Erfahrungen sammeln können. Für das intensive Studiendesign werden wir 20 Patienten in Bremen rekrutieren, die unter einer chronifizierten depressiven Erkrankung leiden, nicht ausreichende pharmakologische und / oder psychotherapeutische Vorerfahrungen haben und deshalb eine intensive psychoanalytische Psychotherapie aufgreifen. Um Artefakte in der Patientenauswahl zu vermeiden, haben wir auf eine Annoncierung in der lokalen Presse verzichtet und statt dessen die Zusammenarbeit mit den psychoanalytischen Ausbildungsinstituten vor Ort gesucht. In den Diskussionen mit den Therapeuten konnten zwei Wege der Patientenakquise als sinnvoll herausgearbeitet werden. Einige der Psychoanalytiker haben sich bereit erklärt, eigene Patienten für die Studienteilnahme zu motivieren, andere stellen einen sogenannten „Forschungstherapieplatz“ zur Verfügung und warten auf eine Zuweisung über die Institutsambulanz. Zum jetzigen Zeitpunkt sind wir sehr zufrieden mit dieser Vorgehensweise

und die Resultate sind vielversprechend. Sowohl im Rahmen der Ambulanz als auch in den niedergelassenen Praxen haben sich Patienten für bzw. gegen die Studie entschieden. Vor dem Hintergrund der ersten Erfahrungen ist es sicherlich leichter, wenn die Therapeuten von vornherein einen Forschungstherapieplatz anbieten, als wenn sie mit der Anfrage der Studienteilnahme in eine bereits begonnene Behandlung intervenieren. Sowohl der Therapeut als auch der Patient geraten in einer bereits laufenden Behandlung in das Dilemma, das die Zustimmung oder Ablehnung im Rahmen der therapeutischen Beziehung getroffen wird und daher beide Beteiligte hemmt. Nichtsdestotrotz kann die Anfrage gelingen, wenn der Therapeut sich mit der Studie identifiziert und die Notwendigkeit einer solchen wissenschaftlichen Begleitung gegenüber dem Patienten vertritt. Insbesondere durch die Erfahrungen im Rahmen der Institutsambulanz haben sich Befürchtungen nicht bewahrheitet, Patienten könnten sich gedrängt und in ihrer Hilfesuche missverstanden fühlen. Viele der Betroffenen reagierten im Gegenteil interessiert und aufgeschlossen für das Forschungsanliegen, und es erhärtete sich der Eindruck, dass die bevorstehende Therapie sie mehr ängstige als die Begleitforschung. Die Motive für die Teilnahme sind dabei so vielfältig wie die verschiedenen Formen einer depressiven Erkrankung: Es geht um die Neugierde, sich einer Herausforderung stellen, die Einsicht in die Notwendigkeit wissenschaftlicher Begleitung zur Absicherung der Kassenleistung, den Wunsch nach einer Rückmeldung über die eigene Erkrankung und deren Verlauf auch im Sinne einer Triangulierung (es schaut ein Dritter mit drauf), die Hoffnung auf Synergieeffekte zwischen Forschung und der eigenen Therapie sowie nicht zuletzt um die narzisstische Gratifikation, Teil einer solchen Pionierstudie zu sein. Die Möglichkeit der Studie, auf „Forschungstherapieplätze“ zurückgreifen zu können, ermöglicht darüber hinaus eine schnelle Vermittlung in eine Therapie, was für Patienten, die bereits längere Zeit warten, ebenfalls von großem Wert ist. Patienten, die sich gegen eine Teilnahme entscheiden, begründen dies mit dem erheblichen Zeitaufwand, der mit dieser speziellen Studie verbunden ist, als auch spezifischen Ängsten gegenüber den neurowissenschaftlichen Messmethoden.

Die Beforschung eines derart sensiblen Feldes wie der Psychotherapie bedarf der gesonderten Klärung ethischer Fragen, weshalb sowohl die Patienten als auch die beteiligten Therapeuten ausführlich über das Ziel und die Methoden des Hanse-Neuropsychanalyse-Projektes aufgeklärt wurden. Es liegt darüber hinaus in der ethischen Verantwortung der Wissenschaftler, den Einfluss der Forschung als eine Intervention in die Therapie systematisch zu reflektieren, da sich diese unmittelbarer auf den therapeutischen Prozess auswirkt als es in anderen medizinischen Forschungsfeldern der Fall ist. Eine unserer

Studienpatientinnen schilderte ihre Teilnahme z. B. als „Elternsprechtag“, an dem der Therapeut als „Vater“ sich den Forschern als eine Art „Lehrer“ für seine „Erziehung“ (Therapie) rechtfertigen müsse. Damit ist die Forschungssituation bereits Teil des therapeutischen Geschehens und die Dynamik der Patientin überträgt sich auch in das Forschungsfeld. Um diese Auswirkungen zu dokumentieren, wurde seitens der Forschungstherapeuten eine Interventionsgruppe gebildet, die zu einer weiteren Erhellung nicht nur der behandlungstechnischen Probleme, sondern auch zu den impliziten ethisch-moralischen Fragen beitragen wird.

Obwohl noch ganz am Anfang stehend, liefern die bisherigen Beobachtungen schon interessante Eindrücke, die sich systematisch erweitern werden – so inszeniert sich die depressive Problematik von Studienpatienten nicht nur in der analytischen Situation, sondern auch bei der neuroradiologischen und elektroencephalographischen Untersuchung. Welchen Anteil hat daran die „Dynamisierung“ des Forschungsfeldes durch die Teilnahme von Psychoanalytikern an einem neurobiologischen Setting? Oder wird etwas, was immer stattfindet, aber bisher nie beschrieben worden ist, lediglich durch die geschulte Beobachtung und Sensibilität der teilnehmenden Psychoanalytiker greifbar? Wir sehen auch die Ausstrahlungen der neurobiologischen Forschungssituation in die psychoanalytische Situation hinein – den Psychoanalytiker, der eine bisher nicht gekannte Beunruhigung eines Patienten erlebt, eine nach der Scanner-Untersuchung auftretende Angst von Patienten, Schuldgefühle des Psychoanalytikers; ebenso sehen wir aber auch den begeisterten Analytiker, der die Entdeckerfreude seiner Anfangsjahre wiederbelebt, und den interessierten, neugierigen, sich aufgewertet erlebenden Patienten. Diese wenigen Andeutungen verdeutlichen schon, dass die Teilnahme an einem Forschungsprojekt weder für die beteiligten Psychoanalytiker noch für die Patienten noch für den Behandlungsprozess indifferent ist. Bisher ist der Einfluss der Teilnahme an einem Forschungsprojekt auf das psychoanalytische Paar kaum untersucht worden. Das HANSE-Neuropsychanalyse-Projekt erscheint uns als ein besonders geeignetes Projekt, diese Effekte zu untersuchen. Denn das Forschungsdesign hält erhebliche Eingriffe bereit, ist aber andererseits so deutlich vom eigentlichen Behandlungsprozess getrennt, dass keine Gefahr besteht, dass beide irgendwie in einander übergehen. Das ist das Problem der klassischen Feldforschung etwa in der Ethnologie: der Forscher verändert allein durch sein Erscheinen das Beobachtungsfeld, er wird ggf. selbst zum Bestandteil des Feldes (s.d. Devereux 1974, Girtler 2001). In diesem Projekt bleibt die neurobiologische Forschung organisatorisch klar getrennt vom Behandlungsprozess, sie ist in diesem nur auf der psychischen Ebene repräsentiert. Dort allerdings ist sie spürbar und uns interessiert, wie sie

sich auswirkt. Der Einfluss der Forschung auf den Gegenstand der Beobachtung wird damit zur Beobachtungsebene zweiter Ordnung. Eine derartige Selbstreflexion erscheint sozialen und interaktionellen Prozessen, die eben nicht linear, sondern reflexiv und zirkulär verlaufen, angemessen.

Wie schon bei der langjährigen, immer noch aktuellen Diskussion um Tonbandaufnahmen psychoanalytischer Therapien wird die Einstellung der Therapeuten zu einem solchen Vorhaben eine bedeutsame Rolle spielen. Damit erweitert sich die Thematik. Gesucht werden deshalb nicht nur Patienten, die bereit sind an Studien teilzunehmen, sondern auch Therapeuten, die die speziellen Belastungen eines solchen Settings auszuhalten bereit sind und genügend Neugierde und Wissbegierde aufbringen, mit uns die Auswirkungen auf den analytischen Prozess zu reflektieren. Vielleicht wird eines nicht zu fernen Tages das Ehrenamt eines Forschungstherapeuten geschaffen.

Devereux G (1974) Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften. Hanser, München

Girtler R (2001) Methoden der Feldforschung. Böhlau/UTB, Wien/Köln/Weimar

Huber D, Klug G, Rad M (2001) Die Münchner Prozess-Outcome Studie - Ein Vergleich zwischen Psychoanalysen und psychodynamischen Psychotherapien unter besonderer Berücksichtigung therapiespezifischer Ergebnisse. In: Stühr U, Leuzinger-Bohleber M, Beutel M (Hrsg) Langzeit-Psychotherapie - Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler. Kohlhammer, Stuttgart, S 260-270

Levin C, Furlon A, Kay O'Neil M (2003) Introduction. In: Levin C, Furlon A, Kay O'Neil M (Hrsg) Confidentiality Ethical perspectives and dilemma. The Analytic Press, Hillsdale, S IX - XV

Roth G, Kächele H, Cierpka M, Münte T, Buchheim A (2006) Neurobiologische und psychometrische Veränderungsprozesse bei psychoanalytischen Behandlungen von depressiven Patienten. HanseWissenschaftsKolleg Bremen-Delmenhorst

Rudolf G, Grande T, Dilg R, Jakobsen T, Keller W, Oberbracht C, Pauli-Magnus C, Stehle S, Wilke S (2002) Structural changes in psychoanalytic therapies - The Heidelberg-Berlin Study on Long-Term Psychoanalytic Therapies (PAL). In: Leuzinger-Bohleber M, Target M (Hrsg) Outcomes of Psychoanalytic Treatment – Perspectives for Therapists and Researchers. Whurr, London, S 201-222.

Wallerstein RS (1976) Introduction to Symposium on 'Ethics, Moral Values and Psychological Interventions'. Int Rev Psycho-Anal 3: 369-372