

Forschung zur psychoanalytischen Therapie: Ein Kommentar¹

Robert S. Wallerstein

Zusammenfassung. Die Psychoanalyse hat zwei gegensätzliche Sichtweisen, wie man effektiv die theoretische und klinische Wissensbasis aufbessern kann: Die traditionelle intensive Fallstudien-Methode nach Freud (sog. qualitative Forschung) und die später entwickelte formelle empirische Forschung im Einklang mit den üblichen Vorgaben der objektiven Naturwissenschaft (sog. quantitative Forschung). In seinem Artikel argumentiert Irwin Hoffman (2009), dass objektive empirische Forschung nicht den Vorzug vor der traditionellen subjektiven intensiven Fallstudie im Hinblick auf die psychoanalytische Erkenntnisgewinnung haben sollte. Der Artikel hat verschiedene, sowohl positive als auch negative, Reaktionen von psychoanalytischen Klinikern und Forschern ausgelöst. Der nachfolgende Artikel beurteilt vier dieser Reaktionen.

Stichworte: Psychotherapieforschung, psychodynamische Psychotherapie, empirisch unterstützte Therapie, evidenzbasierte Medizin, randomisierte Kontrollstudien, psychoanalytische Therapieforschung, klinische Fallbeispiele

Im Jahr 2009 veröffentlichte Irwin Hoffman (in früheren Jahren Forschungspartner von Merton Gill bei dessen empirischen Projekt über das Wesen und Verfahren der psychoanalytischen Therapie) im *Journal of the American Psychoanalytic Association* einen Überblick hinsichtlich seiner Position zum Langzeit-Vergleich zwischen intensiven klinischen Fallstudien und formeller empirischer Forschung im Hinblick auf deren Tauglichkeit für die psychoanalytische Erkenntnisgewinnung. Hoffman ist seit langem bekannt als eloquenter und überzeugender Anhänger der unübertroffenen Überlegenheit der intensiven psychoanalytischen Erforschung von laufenden klinischen Fällen, als essenzielle Quelle für die sowohl theoretische als auch technische psychoanalytische Erkenntnisgewinnung.

In seinem Artikel vertritt Hoffman (2009) eine gemäßigte Position und lässt sich nicht auf die extremen Meinungen ein, die Psychoanalyse sei eine geradezu einzigartige wissenschaftliche Disziplin, die sich losgelöst von anderen Wissenschaften der Abgrenzung der

¹ Wallerstein, R. (2014). Psychoanalytic therapy research: A commentary. *Contemporary Psychoanalysis*, 50(1-2), 259-269. Übersetzt von P. Vulykh u. H. Kächele (International Psychoanalytic University Berlin)

Erkenntnisse über die menschliche mentale Funktionalität widmet (ich halte Andre Green {1996a, 1996b, 2000} für einen starken Anhänger dieser Position), sodass nur eine psychoanalytische Situation, die von Innen heraus von den Beteiligten erforscht wird, zu relevanten Erkenntnissen für die psychoanalytische Theorie und Praxis führen könne. Hoffman bemängelte in seinem Artikel eher den Anspruch derer Wissenschaftler, die sich der formellen empirischen Forschung verschrieben haben, welche ihre Wurzeln in dem sogenannten naturwissenschaftlichen Kanon der Forschung hat (z.B. Objektivität, zweckmäßige Stichprobenerhebung, statistische Aussagekraft, Bemühungen um Zuverlässigkeit und Gültigkeit). Solche Wissenschaftler privilegieren ihre Erkenntnisse (weil sie sich in deren Begründungszusammenhang bewährt haben) gegenüber den früheren naturalistischen Beobachtungen (die ja zur formellen empirischen Wissenschaft geführt hat), da aus ihrer Sicht, die naturalistischen Beobachtungen nur im Zusammenhang mit ihrer Entdeckung aufgetreten sind und insofern weiterer konkreter und formeller Untersuchung bedürfen um wissenschaftliche Glaubwürdigkeit zu erlangen.

Hoffman lehnt in seinem Artikel die Privilegierung der einen Herangehensweise über die andere ab. Beide hätten ihren Platz in der Weiterentwicklung der psychoanalytischen Wissenschaft, sofern sie, im Hinblick auf das in Frage stehende psychoanalytische Problem, richtig angewendet werden. Des Weiteren haben beide Herangehensweisen gemein, wenn auch mit unterschiedlicher Gewichtung, dass die Subjektivität gleichermaßen zum Tragen kommt, dadurch dass wir Forschungsentscheidungen aufgrund unserer Lebenserfahrung, Ausbildungsindoktrination und charakterlicher Neigungen treffen. Hoffman stellte daher fest, dass die der systematischen Forschung verliehene Privilegierung „ungewollt wissenstheoretisch und potentiell schädlich für sowohl die Entwicklung des Verständnisses des analytischen Prozesses selbst, als auch für die Qualität unserer klinischen Arbeit“ (Hoffman 2009, S. 1044) sind.

In drei aufeinanderfolgenden Ausgaben – 22(6), 23(1), und 23(2) – veröffentlichte *Psychoanalytic Dialogues* sowohl Kommentare zu Hoffmans Artikel und seiner zentralen These, als auch Hoffmans Erwiderungen. Dieser Ablauf wurde von Lew Aron (2012) eingeleitet; dieser führte aus, dass „Hoffmans (2009) Glanzleistung durch seine energisch vorgebrachte These die psychoanalytische Gemeinschaft wachgerüttelt hat“ (S. 708). Daraufhin folgten Kommentare von Jeremy Safran (2012) und, in der nachfolgenden Ausgabe (2013), Kommentare von Donnel Stern und Peter Fonagy. Sowohl Safran als auch Fonagy sind beide bekannte und etablierte Anhänger der systematischen psychoanalytischen Forschung.

Safran (2012), in seinem Kommentar, und der dazugehörigen Erwiderung von Hoffman (2012), argumentieren mit Nachdruck, aber respektvoll, gegen die jeweils andere Position. Beide räumen der anderen Meinung eine gewisse Legitimität ein, halten jedoch gleichermaßen eingehend an der eigenen Sichtweise fest: die zentralen Werte der intensiv untersuchten Psychoanalyse gegenüber den zentralen Werte der psychoanalytisch aufgefassten und angewandten formellen Forschungsmethode. Beide bemerkten zugleich wesentliche konzeptionelle Übereinstimmungen in ihren Positionen bezüglich der Forschungsstudie. Gemeinsam erkannten sie privilegierende Tendenzen des anderen zu Gunsten der jeweils bevorzugten Ansicht bezüglich der Forschung: Klinisch qualitativ oder formell quantitativ. Beide sind Psychoanalytiker, die sich der Veröffentlichung erweiterten psychoanalytischen Wissens verschrieben haben.

Als ein psychoanalytischer Kliniker, Lehrer und Forscher, der sich sein berufliches Leben lang dem Fortschritt der Psychoanalyse als Wissenschaft des Geistes verschrieben hat, die schrittweise durch psychoanalytisch konzeptionierte formelle Forschungsmethoden verbessert wurde, stimme ich in diesem Diskurs bekanntermaßen mit Jeremy Safran überein. Meiner Meinung nach führte der Safran-Hoffman Austausch, die Diskussion über die Werte der jeweiligen Haltung zur Forschung, im Ergebnis zu einem Unentschieden. Ich bin mir sicher, dass Aron, Safran und Hoffman diesbezüglich einig wären. Ich bin mir bewusst, dass meine Zusammenfassung der erwähnten Artikel und Kommentierungen den Autoren nicht gerecht wird und rege daher eingehend den interessierten Leser an die drei Artikel im *Psychoanalytic Dialogues* nachzulesen. Dadurch erhält man einen sehr viel größeren Einblick in die zentralen und weiterhin bestehenden Probleme der psychoanalytischen Auseinandersetzung. Natürlich empfehle ich auch die Lektüre von Hoffmans früherer Stellungnahme im *Journal of the American Psychoanalytic Association* (Hoffman, 2009).

Um einen Rahmen für meinen Kommentar zu vier der vorbezeichneten Artikel, die allesamt als Stellungnahmen in diesem fortlaufenden analytischen Dialog betrachtet werden können, zu schaffen und um meine eigene Position in dieser Debatte anzudeuten, habe ich dargestellt, was ich für ein zentrales Problem in Bezug auf die Möglichkeiten zur Förderung von psychoanalytischem Wissen halte. (Für eine ausführliche Stellungnahme meiner eigenen Forschungsaktivitäten und Meinungen, siehe Wallerstein, 1986a, 1986b, 1988, 2009). Ich bin mir sicher, dass sowohl Hoffman als auch Safran zustimmen würden, dass die vier neuen Artikel über die psychoanalytische Forschung, die hier betrachtet werden, am extremen Rand der objektiven naturwissenschaftlichen Position, und damit außerhalb ihres gemeinsamen konzeptionellen Rahmens, einzuordnen sind. Obgleich allen vier Positionen psychoanalyti-

sche Wissenschaftler zugeordnet werden können. Trotz allem bleibt die randomisierte kontrollierte Studie (randomised controlled trial, RCT), mit zweckmäßigen Stichproben, statistischer Kontrolle und unabhängigen neutralen Gutachtern, der erklärte und weit verbreitete Goldstandard der psychotherapeutischen Forschung.

Innerhalb dieses Rahmens haben Leichsenring, Klein und Salzer (in dieser Ausgabe) – allesamt wegweisende Forscher der psychodynamischen Therapie in Deutschland – im Jahr 2013 eine Aktualisierung hinsichtlich empirischer Beweise für die Effektivität der psychodynamischen Therapie vorgenommen. Dazu führten sie vergleichende systematische Metaanalysen von allen Prozess- und Ergebnis-Studien zur psychodynamischen Psychotherapie durch, die den von ihnen festgelegten Kriterien entsprachen. Von den insgesamt 114 Referenzstudien, welche die Autoren gesammelt hatten, erfüllten 44 RCTs die Voraussetzungen für eine begründete Einbeziehung. Die Autoren verglichen Ergebnisse der psychoanalytisch begründeten Therapieformen, die üblicherweise auf dem Kurzzeit-Modell von Lester Luborsky und David Malan, der spezifisch übertragungsfokussierten Psychotherapie (Transference-Focused Psychotherapy, TFP) entwickelt von Kernberg, Clarkin und deren Gruppe und der Mentalisierungs-Basierten Psychotherapie (MBT) nach Fonagy, Bateman und deren Gruppe, basierten mit entweder kognitiven verhaltenstherapeutischen Ansätzen (oder dialektische-behavioralen Ansätzen), Pharmakotherapie, Gruppen – oder Hypnotherapie, begleiteten Selbsthilfegruppen, unbehandelten Kontrollgruppen und regulär behandelten Kontrollgruppen (treatment as usual, TAU) - was auch immer das umfasst –oder mehr als eine der vorgenannten Methoden. Diesbezüglich würden natürlicherweise viele psychoanalytische Kliniker und Forscher den Einwand erheben, dass (1) die Annahme, dass kürzere psychodynamische Therapie fähig sei, angemessen darzustellen was die gewöhnlicherweise ergebnisoffene und langzeitige psychoanalytische Behandlung leistet und (2), dass das klinische Tagesgeschäft naturgemäß nicht der Randomisierung folgt. Die Behandlung beginnt typischerweise mit der Bemühung des Praktikers, losgelöst von seiner theoretischen Meinung, einzuschätzen, welche theoretischen Möglichkeiten bestehen hinsichtlich der klinischen Situation des zukünftigen Patienten. Dies ist demnach eine geplante und keine zufällige Therapievermittlung.

Die betrachteten symptomatischen klinischen Formen umfassten eine große Fülle an Krankheitsbildern: verschieden stark ausgeprägte Formen der Depression, Angststörungen (einschließlich Panikzustände, soziale Phobien und allgemeine Angststörungen), verschiedene Angst – und Depressionszustände, PTBS, somatoforme Störungen (beispielsweise Verdauungsstörungen, Reizdarm-Syndrom), Bulimie, Anorexie, Binge Eating Disorder, substanz-

bezogene Störungen (Alkohol, Kokain und Opiate mit und ohne spezifischer Drogenberatung), Borderline-Persönlichkeitsstörung und verschiedene Gruppen der DSM-Persönlichkeitsstörung. Dies ist mit Sicherheit eine sehr komplexe Gruppierung von Krankheitsbildern, deren Schwere und auch der jeweiligen Behandelbarkeit.

Was sind also letztendlich die Ergebnisse dieser mühsamen und zeitaufwendigen Anstrengung? Dies fassen die Autoren im letzten Satz ihres Artikels zusammen.

Ausgehend davon, dass die Forscher ausschließlich Studien einbezogen haben, die auf Grundlage des RCT-Modells (welches in der naturwissenschaftlichen Forschung weitgehend als Goldstandard der empirischen psychotherapeutischen Forschung anerkannt ist) durchgeführt worden sind, kommen die Autoren zu der Schlussfolgerung, dass die Behandlung mit psychodynamischen Therapie genauso evidenzbasiert ist, wie es die Anhänger der rivalisierenden kognitive Verhaltenstherapie oder auch die der medikamentösen Ansätze behaupten. Psychodynamische Therapien (PDT) erreichen in einigen Fällen besser bewertete Ergebnisse, in anderen sind die Ergebnisse mehr oder weniger gleich, möglicherweise besser hinsichtlich einiger Ergebniswerte jedoch schlechter hinsichtlich anderer Werte. In manchen Studien erreichen sie sogar schlechtere Ergebnisse. Im letzten Satz stellen die Autoren fest: „Die Auffassung, dass es der Psychodynamische Therapie an empirischen Belegen fehlt, stimmt nicht mit den verfügbaren empirischen Beweisen überein und spiegelt möglicherweise eine selektive Weiterverbreitung von Forschungsergebnissen wider“ (Leichsenring et al., in dieser Ausgabe, S. 120). Des Weiteren nehmen die Autoren auf einen Artikel aus dem Jahr 2010 von Jonathan Shedler, einem US-amerikanischen psychoanalytischen Psychotherapie-Forscher, Bezug, welcher die dargestellten Positionen ausdrücklich und detailliert unterstützt.

Eine ähnliche vergleichende Studie des in Schweden tätigen anerkannten psychoanalytischen Therapieforscher Rolf Sandell, erörtert den Wert der Erhaltung der - seiner Ansicht nach notwendigen – sog. „double vision“. Für Sandell bedeutet dies, dass Forschungsmethoden ausgearbeitet werden, die sowohl verallgemeinerbares als auch konkret individuelles (beispielsweise die Bereiche von Safran und Hoffman - formell systematische Forschungsprogramme und intensiv individuelle Fallstudien - zusammen) umfassen und nicht nur die eine oder die andere.

Sandell beginnt mit einem Zitat von Arnold Cooper und seiner Beschreibung der Reaktionen des Publikums auf Irwin Hoffmans (2009) Plenarvortrag: „enthusiastischer stürmender Beifall, der alles übertraf, was ich zuvor bei der American Psychoanalytic Association gesehen oder gehört habe“ (S.44). Cooper sagt weiter „was mich jedoch mehr als

die von Hoffman angebrachten Argumente ärgert, sind die Reaktionen auf seine Ausführungen, dies kam einem Krieg gleich“ (S. 44).

Von da an erläutert Sandell seine eigene Sichtweise bezüglich Hoffmans Grundaussage, auch unter Bezugnahme auf das bedeutende Bekenntnis von Andre Green (1996a, 1996b, 2000), dass sich die Psychoanalyse naturgemäß mit der Untersuchung des Unbewussten, den unbeobachtbaren Phänomenen, beschäftigt, welches daher nicht mit positivistischen oder objektivistischen Methoden greifbar ist. Sandells Erwiderung zu Hoffmans These ist, dass sich die gesamte Psychologie, als Wissenschaft der mentalen Phänomene, naturgemäß mit dem Unbeobachtbaren befasst (bis auf solche Phänomene die von den von ihm als „radikale Behavioristen“ bezeichneten Forschern beobachtet werden [S. 45]).

Er konzeptualisiert die Psychologie insofern, dass sie die „indirekte Beobachtung von unbeobachtbaren Phänomenen“ (S.45) betreibt. Als Beispiele dafür führt er die Intelligenz und das Gedächtnis an, welche ja niemand direkt sehen kann.² Sandell führt weit bekannte und hoch respektierte psychoanalytische Forschungsprogramme der *Mt. Zion Psychotherapy Group* (San Francisco) und der *Ulm University Group* (Deutschland) an, welche die Entstehung von (zuvor unbewussten) „abgewehrten mentalen Inhalten“ (S. 46) aufzeigen, wobei diese nicht ausschließlich mit psychoanalytischen Methoden arbeiten.

Sandell stellt darauffolgend eine Zusammenfassung der Erkenntnisse seiner Forschungsgruppe dar, die eine vergleichende Studie mit 413 Patienten durchführte, die in drei verschiedenen Therapietypen unterteilt waren: Psychoanalyse, psychoanalytische Psychotherapie und kognitive Verhaltenstherapie³. Im Einklang mit der von ihm beschriebenen „double vision“ kam er durch verschiedene Methoden zu zwei Untersuchungsergebnissen (1) Regelmäßigkeiten, die allgemein erwartet werden, im Hinblick auf den Einsatz von allgemein anerkannten psychoanalytischen Konzeptualisierungen der Funktionsweise des menschlichen Geistes, welche in Forschungsergebnissen üblicherweise als „Beweise“ bezeichnet werden und (2) ein Schwerpunkt auf unsere individuellen einzigartigen Unterschiede in Bezug auf unsere einzigartige Synthese von angeborenen Veranlagungen, unserer speziellen Lebenserfahrung und unseren wachstumsfördernden und traumatischen Erfahrungen.

² Hierbei unterscheidet er sich von Andre Green, der die Psychoanalyse nicht als Teil der Psychologie begreift, sondern vielmehr als eine Disziplin sui generis, getrennt von der Psychologie. Die Psychologie habe eine abgetrennte Existenz und von der Psychoanalyse unterschiedliche Erkenntnisse, die zwar hilfreich, wohl aber nicht allesamt anwendbar auf die Psychoanalyse seien. Die Erkenntnisse und Theorien der Psychoanalyse können nur von der Interaktion aus dem psychoanalytischen Sprechzimmer selbst stammen. Siehe in diesem Zusammenhang, Green (1996a, 1996b, 2000) und Wallerstein (1996).

³ {Hier irrt Wallerstein. Die schwedische Studie umfasste keinen kognitiv-behavioralen Therapiearm. Anmerkung der Übersetzer}

Die anderen beiden Artikel stellen die Arbeit und Ergebnisse zweier psychotherapeutischer Forschungsgruppen vor, die eine psychoanalytische Ausrichtung haben. Zum einen die *Kernberg-Clarkin* Gruppe von der *Cornell University Medical School* in New York (Diamond et al.) und die Gruppe um *Frans De Jonghe* aus Amsterdam (Dekker et al.). Beide zeichneten ihre Langzeit Tätigkeiten anhand des gleichen konzeptionellen Gerüsts nach, die aus vergleichenden RCTs im Rahmen der objektivistischen naturwissenschaftlichen Erkenntnistheorie bestand.

Die New Yorker Gruppe (Diamond et al.; in diesem Heft) stellte Veränderungen in der Bindung fest, gemessen mit dem *Adult Attachment Interview* (AAI) und darauf bezogene Veränderungen in der Mentalisierung, gemessen mit der *Reflective Functioning* (RF) Skala. Die Forscher-Gruppe verwendete beide Methode, um Veränderungen zu bewerten, die durch ihre manualisierte Therapieformen, psychoanalytischer Psychotherapie, und Übertragungsfokussierten Psychotherapie (Transference-Focused-Psychotherapy TFP), bewirkt wurden. Diese wurden in einer Vergleichsstudie von zwei Patienten-Gruppen eingesetzt; die zum einen aus Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen und narzisstischen Persönlichkeitsstörungen (BPS / NPS) und zum anderen aus solchen mit ausschließlich Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS) einschloss..

Neunzig Patienten mit ausschließlich BPS wurden nach dem Zufallsprinzip einer von drei Behandlungsgruppen zugeordnet: Der TFP (Transference-Focused-Psychotherapy, d.h. die dem für diese Patientenkategorie entwickelten Behandlungsregime) mit zwei Sitzungen pro Woche; der DBT (Dialektische-Behaviorale Therapie) nach *Marcia Linehan*; und der SFT (supportiven Psychotherapy), die auf der traditionellen unterstützenden psychodynamischen Psychotherapie basierte. In dieser RCT, stellten sie fest, dass in Bezug auf positive Veränderungen hinsichtlich des Bindungsverhaltens (verschiedene zunächst unsichere Bindungsparameter die sich verbessert hatten) und im Reflektionsverhalten (besser in der Lage zu sein, vorsätzliche mentale Zustände zu reflektieren), an der Ein-Jahres-Marke, die eigene TFP den beiden anderen Patientengruppen, die zufällig den anderen therapeutischen Ansätzen (DBT oder Supportiven Therapie) zugewiesen wurden, den Rang abgelaufen hatte.

Dieser Gesamteindruck wird durch zwei Fallberichte ergänzt; Sara, die zwei Diagnosen (BPS/NPS), und Helena, die ausschließlich eine Borderline-Störung aufwies. Fallbeschreibungen beider Patienten wurden vorgestellt, die ein angemessenes Bild ihrer charakterlichen Struktur skizzieren und Informationen zu bedeutenden Lebenserfahrungen, einige davon, wie erwartet, sehr traumatisch, beinhalteten. Sowohl in den beiden Fallstudien, als auch in den anderen Einzeltherapien, die im Rahmen der Studie untersucht wurden, wird

jedoch kein Wort über die Geschehnisse während des therapeutischen Prozesses verloren. Obwohl wir informiert werden, dass die Gruppe mit der TFP bessere Ergebnisse aufweist, als solche mit anderen Behandlungsmodalitäten (also die Frage nach dem "Was" bzgl. der Ergebnisse der Studie), wird nichts zum "Warum" oder "Wie" erläutert, hinsichtlich der Frage, was die TFP, trotz Patientenzuweisung nach dem Zufallsprinzip, zu einer erfolgreicherem Behandlungsmethode macht.

Wir erfahren jedoch, dass Sara, deren Persönlichkeitsstruktur eine Doppeldiagnose (BPD/NPD) aufwies, von Helenas, die ausschließlich BPS hatte, bei der Reaktion auf die TFP-Behandlung abwich. Zu meiner Überraschung erzielte Sara, die Patientin mit der komplexeren Persönlichkeitsstruktur, bessere Werte im AAI und RF. Diesbezüglich führen die Forscher gegen Ende ihres Artikels aus: "Im Gegensatz zu den Verbesserungen der RF und Kohärenz in Saras Fall, steht der Stillstand in Helenas RF und Kohärenz nicht im Einklang mit den zuvor beschriebenen Gesamtergebnissen der Studie, in der signifikante Verbesserungen bei der Mehrheit der Patienten in der TFP zu beobachten waren" (S. 203). Die Frage, die sich mir dazu aufdrängte, war folgende: Lässt die Studie einen Schluss darauf zu, was die Überlegenheit der TFP gegenüber der Dialektischen-Behavioralen Therapie oder der supportiven psychodynamische Therapie ausmacht, zumindest für die besonders schweren Patientengruppen die auf diese Weise behandelt und untersucht wurden? Oder beschäftigt sich die Studie überhaupt mit dieser Fragestellung?

Die Forschung von der Amsterdam-Gruppe (Dekker et al.; in diesem Heft) verfügt über den gleichen konzeptionellen Rahmen, wie der der New Yorker Gruppe; sie umfasst eine Folge von fünf RCTs, die im Zeitraum von mehreren Jahrzehnten durchgeführt wurden. Dadurch wurden insgesamt 900 Patienten untersucht. Die Forschung konzentriert sich jedoch nur auf einen Therapiemodus - den sie manualisiert und als *Short Psychodynamic Supportive Psychotherapy* (SPSP) bezeichnet haben - der nur der Therapie einer Störung gewidmet ist, der Depression. SPSP scheint in ihrer Zusammensetzung eine Melange von Ansätzen der kürzeren psychoanalytischen konzeptualisierten Behandlungsarten zu sein; dabei fallen die Namen von Malan, Luborsky, Mann, Sifneos, Davanloo und Strupp, die alle buchlange Beschreibungen ihrer einzelnen Modelle veröffentlicht haben. Die Therapie, welche in dieser Studie angeboten wird, umfasst 8 bis 16 Sitzungen, deckungsgleich mit einigen Therapien der von ihnen erklärten Vorfahren. Einige der Patienten erhielten gleichzeitig Pharmakotherapie, die in jedem Einzelfall von einem medizinischen Kollegen durchgeführt wurde.

Als Ergebnismaßstab diente die *Hamilton Depression Rating Scale* (HAM-D), welche sich aus einer Beurteilung durch außenstehende Forschungsbeobachter, ergänzt von einem

Selbstbericht des Patienten, und der Symptom Checkliste für Depressionen (SCL-Depression) zusammensetzt. Jeder Therapiefall wurde von einem älteren Kollegen oder durch Kollegen innerhalb der Gruppe beaufsichtigt. Drei aufeinanderfolgende Metaanalysen haben gezeigt, dass diese "psychodynamische Therapie" wirksamer ist, als die Kontrollbedingungen, sodass diese empirisch bestätigt ist. Im Hinblick auf die gleichzeitige Pharmakotherapie, die verwendet oder hinzugefügt wurde, wenn es klinisch erforderlich war, schien die Kombination beider Therapien wirksamer als ausschließlich SPSP (in der ersten Meta-Analyse) oder nicht signifikant verschieden (die zweite Analyse), oder es war mir weniger deutlich (in der dritten Analyse).

Wie die New Yorker Gruppe beschreibt auch die Amsterdam-Gruppe keine therapeutischen Prozesse, sondern sie bemühen sich mehr, die Eigenschaften der Behandlungsmethode (SPSP) zu beschreiben. So sagen die Autoren, dass diese "angemessene Befriedigung des ungedeckten Entwicklungsbedarfs" (S. 137) bietet; sechs Bereiche umfasst: "Sexualität, Aggression, die Notwendigkeit Beziehungen einzugehen, und die Notwendigkeit geschützt, geliebt und geschätzt zu werden" (S. 137); und "die Existenz der Übertragung anerkennt, diese aber nicht interpretiert" (S. 137). Die Amsterdam-Gruppe erwähnt die förderlichen Gesinnungen, die durch die SPSP vermittelt werden, „empathisch, annehmend, engagiert, aktiv, flexibel, klar, eindeutig, geduldig und hartnäckig zu sein" (S. 138), und die unterstützenden Techniken die zum Einsatz kommen: "Schuld, Scham, und Isolation werden reduziert, Klärung, Konfrontation, Rationalisierung, Selbstbewusstsein wird gefördert, Beratung, und Modellierung"(S. 138). Diese letzte Liste erinnert ein wenig an Edward Bibrings (1954) Artikel, indem er fünf wesentliche therapeutische Techniken beschreibt (von denen jede ausführlich definiert wurde, mit einer Beschreibung wie sie klinisch verwendet werden könnten), die, bei differentieller Anwendung, die Unterschiede zwischen richtiger Psychoanalyse und den psychodynamischen Psychotherapien kennzeichnen würden. Zur Frage, ob die angegebenen Beschreibungen der Amsterdam-Gruppe uns mehr Erkenntnisse liefern, was tatsächlich im therapeutischen Prozess von SPSP Behandlungsfälle passiert, kann jeder Leser/in für sich selbst entscheiden.

Hinsichtlich der Forschung der Amsterdam-Gruppe, werden sich den klinischen Lesern die gleichen Fragen stellen, die auch schon bezüglich der Forschung der New Yorker Gruppe entstanden sind, da der konzeptionelle Rahmen der RCT, mit seinen objektiven Forschungsvoraussetzungen, der gleiche ist; und die gleichen Arten von Ergebnismessungen und objektiven Beurteilungsskalen verwendet werden, obwohl die untersuchten Behandlungsmodalitäten, und die klinische Zielgruppe, welche die Auswahl in den beiden Studien

umfasst, abweichen. Aber die Frage ist die gleiche: Haben wir dadurch klinisch hilfreiche Erkenntnisse darüber erlangt, was SPSP zu einer effektiveren Behandlungsmethode als ihre Kontrollgruppen macht?

Wohin führt uns die Berücksichtigung aller vier Artikel in dieser Reihenfolge? Sicherlich haben sie ihr erklärtes Ziel erreicht. Durch die Verwendung des etablierten wissenschaftlichen Kanons des RCT und allgemein akzeptierter und verwendeter Bewertungsskalen, haben sie ausreichende Daten vorgelegt, um ihr erreichtes Ziel zu rechtfertigen, dass psychodynamische (psychoanalytisch basierte) Psychotherapien, allgemein gesprochen, durch ihre Kriterien mindestens ebenso wirksam (und in einigen Fällen, oder in einigen Studien, umso wirksamer) sind, und genauso evidenzbasiert wie die konkurrierenden psychotherapeutischen Modelle (kognitive- und dialektisch-behaviorale Therapie) oder Pharmakotherapien, die lange Zeit erklärten, dass ihre wissenschaftliche Redlichkeit evidenzbasiert im Grundsatz der objektiven Naturwissenschaft ist. Und dies kann in der Tat sehr nützlich sein, wenn man Erstattungsansprüche für die Gesundheitsversorgung gegenüber den Behörden oder Versicherungsunternehmen geltend machen will, aber auch in der Forschung oder für epidemiologischen Probestudien. In Bezug auf den Nutzen für den psychoanalytischen Arzt, Erzieher oder Forscher, die in der Art von konzeptionellen Rahmen tätig sind dem, wie ich glaube, Hoffman und Safran zuzuordnen sind, ergibt sich für mich ein gemischtes Bild.

Es hilft unserer Glaubwürdigkeit gegenüber verwandten Disziplinen (Entwicklungs- und Klinischer Psychologie, neuro- und kognitive Wissenschaften) zu steigern, egal ob wir individuell möglicherweise glauben, dass dies eine vereinfachte oder sogar falsch verstandene Wiedergabe unserer Natur und Tätigkeit als Disziplin widerspiegelt. Auf der anderen Seite, und dies wiederum ist aus meiner Sicht (vollständig dargestellt in Wallerstein [1986a], mein umfassender Bericht des 30-jährigen Psychotherapie-Forschungsprojekts der Menninger Foundation), glaube ich, dass der Erkenntniszuwachs der schrittweise unserer Wissensgrundlage ergänzt, durch intensive Langzeitstudien über mehrere therapeutische Vorgänge - Prozesse und Ergebnisse – erfolgen wird. Wobei jedwede qualitative und / oder quantitative Mittel, welche angemessen für die jeweilige Fragestellung sind, in Betracht kommen (siehe Wallerstein , 2009).

Ich danke der modernen Psychoanalyse für ihre Beteiligung in diesem wichtigen fortlaufenden psychoanalytischen Dialog.

Literaturverzeichnis

- Aron L (2012) Rethinking “double thinking”: Psychoanalysis and scientific research. An introduction to a series. *Psychoanalytic Dialogues* 22:704-709. doi: 10.1080/10481885.2012.733650
- Bibring E (1954) Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies. *Journal of American Psychoanalytic Association* 2:745-770
- Green A (1996) Response to Robert S. Wallerstein. *Newsletter of the International Psycho-Analytic Association* 5:18-21
- Green A (2016) What kind of research for psychoanalysis? *Newsletter of the International Psycho-Analytic Association* 5:10-14
- Green A (2000) Clinical and observational psychoanalytic research. Roots of a controversy: André Green and Daniel Stern. In: Sandler J, Sandler A, Davies R (Hrsg) *Science and science fiction in infant research*. Karnac, London, S 41-72
- Hoffman I (2009) Double thinking our way to "scientific" legitimacy: the desiccation of human experience. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 57:1043-1069. doi: 10.1177/0003065109343925
- Hoffman I (2012) Response to Safran: The development of critical psychoanalytic sensibility. *Psychoanalytic Dialogues* 22:721-731. doi: 10.1080/10481885.2012.733653
- Safran J (2012) Double thinking or dialectical thinking: A critical appreciation of Hoffman's “Double thinking” critique. *Psychoanalytic Dialogues* 22:710-720. doi: 10.1080/10481885.2012.733655
- Wallerstein RS (1986) Psychoanalysis as a science: A response to the new challenges. *Psychoanalytic Quarterly* 55:414-451
- Wallerstein RS (1996) Psychoanalytic research: Where do we disagree? *Newsletter of the International Psycho-Analytic Association* 5:15-17
- Wallerstein RS (1986) *Forty-two lives in treatment*. Guilford Press, New York
- Wallerstein RS (1988) Psychoanalysis, psychoanalytic science, and psychoanalytic research-1986. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 36:3-30. doi: 10.1177/000306518803600101
- Wallerstein RS (2009) What kind of research in psychoanalytic science? *International Journal of Psychoanalysis* 90:109-133. doi: 10.1111/j.1745-8315.2008.00107.
- Robert S. Wallerstein , M. D., ist emeritierter Professor und ehemaliger Vorsitzender der Abteilung für Psychiatrie an der Universität Kalifornien, San Francisco, School of Medicine; emeritierter ausbildender und supervisierender Analytiker, San Francisco Center of Psychoanalysis; ehemaliger Präsident , American Psychoanalytic Association (1971 - 1972); ehemaliger Präsident der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung der Menninger Foundation (1952, 1986).