

Meissner WW (1997) Die zukünftige Rolle der Psychoanalyse und psychoanalytisch orientierten Psychotherapie. In: de Schill S, Lebovici S, Kächele H (Hrsg) Psychoanalyse und Psychotherapie Herausforderungen und Lösungen für die Zukunft. Thieme Verlag, Stuttgart, New York

## Die zukünftige Rolle der Psychoanalyse und psychoanalytisch orientierten Psychotherapie

William W. Meissner

Die Unruhe, welche derzeit sowohl in der medizinischen und psychiatrischen Ausbildung als auch in der medizinischen und psychiatrischen Praxis herrscht, ist nicht nur heftig, sondern könnte auch der Vorbote noch extremerer Veränderungen in der Gesundheitsversorgung im allgemeinen sowie in der psychiatrischen Versorgung im speziellen sein. Die Psychoanalyse ist integraler Bestandteil dieses entstehenden und wechselnden Bildes.

Veränderungsmuster, welche direkt mit der Bereitstellung und Finanzierung von Dienstleistungen im Gesundheitswesen zu tun haben und Probleme, die direkt mit dem Stellenwert der Psychoanalyse in der organisierten Psychiatrie und Medizin in Verbindung stehen, erzeugen einen Druck, der unvermeidlich die psychoanalytische Praxis beeinflusst. Die Hauptfragen in diesem Zusammenhang richten sich auf Belange der Kostendämpfung und der Erfolgskontrolle - Aspekte, die mit der wachsenden Tendenz zunehmender Regulierung und Überwachung der medizinischen Versorgung zusammenhängen. Ich werde eine Reihe miteinander in Verbindung stehender Fragen diskutieren, darunter Themen wie Behandlungskosten, die Ausdehnung psychoanalytischen Verständnisses auf das weitere Gebiet der Psychotherapie zusammen mit den damit einhergehenden Veränderungen in der psychoanalytischen Praxis, Fragen im Zusammenhang mit den Problemen der Erfolgskontrolle sowie die allgemeinere Frage nach dem Verhältnis zwischen Psychoanalyse und der institutionalisierten Psychiatrie und Medizin, wie es sich exemplarisch im Dilemma um die Ausbildung nichtärztlicher Bewerber durch psychoanalytische Institute darstellt.

### **Gegenwärtige Muster sozialen Wandels**

Ich würde hier gerne auf eine Reihe komplex miteinander verbundener Faktoren hinweisen, die als Hintergrund für die hier verhandelten Probleme bedeutsam sind. Die allgemeine Situation, der wir gegenüberstehen, ist gekennzeichnet

net durch eine steigende Nachfrage nach, sowie eine zunehmende Nutzung von Dienstleistungen im Gesundheitswesen in Verbindung mit den auf allen Ebenen explodierenden Kosten medizinischer Behandlung sowie einem relativ begrenzten Bestand an notwendigem Personal zur Bereitstellung solcher Dienste.

Veränderungen geschehen in der Welt, in welcher Psychoanalyse praktiziert wird; bedeutende Veränderungen, welche jetzt und in Zukunft die Ausübung psychoanalytischer Praxis bestimmen werden, sind aber auch innerhalb der Psychoanalyse selbst im Gange. Die vielleicht auffallendste Veränderung in der Psychoanalyse ist ihre allmähliche Abkopplung von der Medizin. Der Nachhall der alten Kontroverse um die Frage nach der "Laienanalyse" ist noch hörbar (Wallerstein und Weinshel 1989), jedoch ist die Frage nicht im Grundsatz entschieden, sondern durch den unerbittlichen sozialen Druck, der von außen auf die Analyse einwirkt. Ein akademischer Grad in Medizin ist nicht länger die Voraussetzung für eine analytische Vollausbildung in den Vereinigten Staaten - eine Entwicklung, die die amerikanischen Ausbildungsanforderungen den in der restlichen Welt gültigen näherbringt (Arlow und Brenner 1988). Die Öffnung der Ausbildungen durch die Amerikanische Psychoanalytische Vereinigung für nichtärztliche Bewerber und die Gründung von Instituten, die direkt der Internationalen Vereinigung unterstehen, haben tiefgreifende Folgen für Ausbildung und Praxis - besonders hinsichtlich der Frage nach einheitlichen Standards für beide.

Starke Strömungen sozialen und ökonomischen Wandels sowie steigende Anforderungen an die Verbesserung von Qualität und Verteilung medizinischer Versorgungsleistungen haben weitreichende Auswirkungen auf die Ausübung medizinischer und psychiatrischer Praxis und beeinflussen unvermeidbar drastisch die Ausbildungsprogramme. Diese Veränderungen hängen mit zwei wichtigen Entwicklungen zusammen: erstens liegt die Betonung zunehmend auf der Verteilung der Versorgung auf die gesamte Bevölkerung - die Tendenz, Gesundheitsversorgung als allgemeines Recht zu betrachten - eine lobenswerte Politik, die jedoch zu einer Unterbetonung der Versorgungsqualität sowie des klassischen medizinischen Anspruchs auf Spitzenleistungen in Ausbildung, Spezialisierung und Forschung führen kann; und zweitens hat die Realität hochschnellender Kosten in der Gesundheitsversorgung zu einem wachsenden Vertrauen in Kostenübernahmeprogramme durch Dritte geführt, sowohl auf öffentlicher wie auch privater Ebene, sowie zu Strategien der Kostenkontrolle (Michels 1988, Wallerstein und Weinshel 1989). Medicare, Medicaid, Blaues Kreuz / Blaues Schild

sind die wesentlichen Vertreter dieser Entwicklung. Diese Trends haben jedoch erst begonnen. Schon taucht am Horizont die Aussicht auf nationale

Krankenversicherungsprogramme auf sowie eine zunehmende Föderalisierung und Regierungskontrolle der Abwicklung und Handhabung der Krankenversorgungssysteme. Falls die Befürworter eines nationalen Krankenversicherungsprogramms durch die Bedrohung steigender Haushaltsdefizite und das vorherrschende eher konservative politische Klima im Land in die Klemme geraten sind, so sind die Bestrebungen in Richtung von mehr Regelung und Finanzkontrolle geblieben, angespornt von der Notwendigkeit der Eindämmung steigender Kosten im Medizinwesen, nicht abgenommen. Die Deckung der Kosten intensiver Langzeit-Psychotherapien ist jäh gekürzt worden. In manchen Ländern ist die Deckung angemessener - ganz in Kanada und Schweden, großzügige Zuzahlungen in Belgien, volle Deckung mit einer Begrenzung in Deutschland - aber die Trends in den Vereinigten Staaten liegen näher beim britischen Modell, das heißt eine Sitzung pro Woche, und alles, was intensiver ist, kann nur privat in Anspruch genommen werden (Wallerstein 1991).

Es ist bereits ein wahrnehmbarer Trend in Richtung organisierter Gesundheitsversorgung und Ausbildung im Umfeld regionaler akademischer Behandlungszentren zu bemerken. Die Machtbasis medizinischer und fachärztlicher Ausbildung verschiebt sich durch die Tendenz, Facharztausbildungsprogramme unter universitäre Schirmherrschaft zu bringen. Es ist wahrscheinlich, daß die Zeit für unabhängige Ausbildungszentren ohne Anbindung an medizinische Zentren der Universitäten somit abläuft. Akademische Behandlungszentren werden zunehmend die behördliche Verantwortung für die meisten akademischen Ausbildungsaktivitäten in der Medizin übernehmen.

Die Herausforderung, wenn nicht gar Bedrohung, all dessen für die Psychoanalyse ist recht klar. Die psychoanalytische Betonung auf Einzelbehandlung zu hohen Kosten über lange Zeiträume hinweg, die Notwendigkeit der Länge und Differenziertheit der Behandlung, ihre relative Unerreichbarkeit für weniger gebildete bzw. intelligente oder wirtschaftlich schlechter gestellte Mitglieder der Gesellschaft bringen sie in den diametralen Gegensatz zu diesem vorherrschenden sozialen, politischen und ökonomischen Druck. Die Bedrohung besteht darin, daß die Psychoanalyse mehr und mehr isoliert und gezwungen sein wird, eine zunehmend kleinere Rolle im Behandlungsspektrum und schließlich in der medizinischen und psychiatrischen Ausbildung zu spielen. Es ist beispielsweise interessant, daß nationale Krankenversicherungsprogramme sehr wenig Raum bieten für die Unterstützung von langen und intensiven Psychotherapien oder von Psychoanalyse. Sogar im vorliegenden Zusammenhang der praktischen Anwendung gibt es unerbittlichen Druck sowohl aus dem Lager der bundesbehördlich finanzierten Programme als auch aus den Reihen der

privaten Kostenträger zur Unterbietung, Einschränkung oder Streichung der Mittel für intensive ambulante Langzeit-Psychotherapie (Wallerstein 1991). Die Schlacht hat erst begonnen, aber es gibt keinesfalls eine Sicherheit, daß die Privilegien traditioneller psychiatrischer Ansätze und der Bedarf an intensiver Behandlung individueller Psychopathologie gewährleistet sind. Aber, wie Michels (1988) beobachtet hat, "Fortschritte der Neurowissenschaften werden den psychoanalytischen Erklärungen neue Dimensionen, Verbesserungen und einschränkende Umstände hinzufügen, sie können jedoch niemals Verstehen im Sinne von menschlicher Absicht, Bedeutung und Beziehung ersetzen. Die menschliche Existenz wird stets in Begriffen von Verlangen, Gefühl und persönlicher Geschichte erfahren werden - der Stoff, aus dem wir die Bedeutung unseres Lebens gestalten - , und die Psychoanalyse ist der Weg zum Verstehen dieser Bedeutungen." (180).

### **Probleme der stationären Krankenhausbehandlung**

Der Einfluß psychoanalytischen Denkens in der gegenwärtigen Krankenhauspraxis unterliegt einem zunehmenden Schwund. Die Entfernung von der psychoanalytisch fundierten Psychotherapie als Methode erster Wahl in der Krankenhausbehandlung begann in den sechziger Jahren, unterstützt durch den Beginn einer effektiven Psychopharmakologie und das therapeutische Milieu. Die Krankenhauspsychiatrie wurde zunehmend eklektisch, und der psychoanalytische Ansatz wurde herabgesetzt zu einem unter einer Vielzahl von Behandlungsansätzen. Das Ergebnis war eine Mischung aus Gewinnen und Verlusten, Gewinn in der Verfügbarkeit mannigfacher Behandlungsmöglichkeiten, Verlust einer schlüssigen theoretischen Orientierung, was Widerspruch und Verwirrung zur Folge haben kann (Namnum 1985).

Die psychoanalytische Ausrichtung betont den Stellenwert unbewußter Kräfte und Widerstände sowohl bei Patienten als auch bei Behandlern. Fragen im Zusammenhang mit der Behandlung kreisen um das Verständnis von Übertragung und Gegenübertragung sowie ihre Auswirkungen auf den Fortschritt des Patienten. Wert gelegt wird auf das Verstehen der Lebensgeschichte und des Verhaltens des Patienten. Man bemüht sich darum, Wachstum zu erleichtern durch die Steigerung der Fähigkeit des Patienten, sich selbst zu verstehen und bedeutungsvolle Beziehungen einzugehen. Die Behandlung des Verhaltens beim Patienten ist dem therapeutischen Verstehen untergeordnet, obwohl die Notwendigkeit straffer Durchführung sowie die Beachtung von Beschränkungen der Krankenhausstruktur integrale Bestandteile der stationären Behandlung sind. Der psychoanalytische Ansatz betrachtet Symptome als bedeutungsvoll, als Niederschlag unbewußter Konflikte und Verdrängungen sowie als schädliche

Konstellationen, welche wichtige Aspekte der inneren Welt und der Geschichte des Patienten ausdrücken. Somit kommt einer vorsichtigen Diagnose eine wichtige Rolle zu, nicht die einer bloßen Zuordnung eines beschreibenden Etiketts auf der Grundlage einer ohne weiteres beobachteten Symptomatologie. Die Diagnose bleibt zum Teil eingebettet in die fortlaufende Interaktion mit dem Patienten, sowohl im therapeutischen Kontext als auch im Zusammenhang mit der Umwelt. Eine sorgfältige Diagnose ist das Ergebnis einer vielschichtigen Herangehensweise, welche die grundlegenden metapsychologischen Perspektiven beinhaltet (entwicklungsbezogene, dynamische, ökonomische, strukturelle sowie anpassungsbezogene Standpunkte) (Ross 1985).

Die Behandlung in einem psychoanalytischen Krankenhaus ist individuell angepaßt und stellt eine Reihe therapeutischer Ansätze einschließlich Psychoanalyse oder psychoanalytische Therapie bereit. Die Entscheidung für den jeweils geeigneten Therapieansatz ist eine Aufgabe der Diagnose als Feststellung der Bedürfnisse, Umstände und Ressourcen des Patienten. Die Behandlung richtet sich nicht bloß auf die Beseitigung von Symptomen, sondern auch auf die Auflösung von Konflikt- und Abwehrmustern sowie von Schwierigkeiten mit zwischenmenschlichen Beziehungen, wenn diese in den Brennpunkt des Krankenhaus-Settings geraten. All dies braucht Zeit - Zeit, um die Feinheiten des Charakters und der Abwehrmechanismen eines Patienten kennenzulernen, Zeit, um ein angemessenes diagnostisches Verständnis zu gewinnen, Zeit, um die Widerstandsmuster und die Beziehungsfähigkeit des Patienten zu begreifen, Zeit zum Ausleben des pathologischen Ausdrucks der Übertragung, Zeit, um ein angemessenes therapeutisches Bündnis aufzubauen etc. (Ross 1985).

Der Wind des Wandels weht jedoch in die entgegengesetzte Richtung. Das DSM-III (1980) sowie das nachfolgende DSM-III-R (1987) verleihen einem diagnostischen System Nachdruck, das den Schwerpunkt auf Symptommuster und beobachtbares Verhalten legt. Der Ansatz ist eher beschreibend als dynamisch. Er fördert, wie Zee (1985) bemerkt hat, eine Sichtweise von psychiatrischen Störungen eher als "Entitäten" denn als Erzeugnisse dynamischer Prozesse, er opfert die Validität der Reliabilität, er strapaziert übermäßig beobachtbare Fakten, welche unbedeutend für ein Verständnis des Patienten sein können und er verschleiert eine Ansicht des Patienten mitsamt seinen Konflikten, Wünschen, Werten und Bemühungen.

Die Fortschritte der biologischen Psychiatrie haben auch eine tiefgreifende Wirkung gehabt. Sie geht davon aus, daß die Grundlage emotionaler Störungen eher organisch als psychodynamisch sind, so daß man beispielsweise oft dem Standpunkt begegnet, daß Psychotherapie keinen Platz in der Behandlung von Depressionen hat. Sie engt das Gesichtsfeld therapeutischer Intervention auf

"Zielsymptome" ein oder auf biologisch begründete Entitäten, die geheilt werden können, wenn wir nur das Zaubermittel finden (Zee 1985). Die Frage ist meines Erachtens nicht, ob die Fortschritte der biologischen Behandlung wichtig oder wertvoll gewesen sind, sondern ob diese gemacht werden müssen auf Kosten anderer hart gewonnener und grundlegender psychiatrischer Erkenntnis. Ein gewichtiger Aspekt dieses Problems ist die Tatsache, daß die Wende zu einem biologischen Ansatz eine Verwaschung grundlegenden psychodynamischen Verständnisses mit sich bringt, vor allem in der Ausbildung junger Psychiater. Wir riskieren das Heranwachsen einer Generation von Psychiatern, deren Menschenbild, Motivationen und Konflikte bestenfalls begrenzt sind und die wenig psychotherapeutische Fertigkeiten haben werden (Reiser 1988).

Es ist unnötig zu erwähnen, daß die Kostendämpfung den Krankenhausrahmen ebenfalls gänzlich durcheinanderbringt. Die psychodynamische Behandlung wird als ungewiß, lang und enorm kostspielig betrachtet. Deshalb muß sie beschnitten und unterbunden werden. Behandlungsansätze, die samt Diagnose und Therapie eine schnelle und wirkungsvolle Durchführung versprechen, und die in absehbaren und kurzen Zeitabschnitten abgeschlossen werden können, werden unterstützt.

Das System verlegt seinen Schwerpunkt darauf, so wenig wie möglich für die Patienten zu tun, um sie wieder schnell aus dem Krankenhaus zu entlassen. Das System ist nicht daran interessiert, das meiste oder beste für Patienten zu tun. Der Patientenwechsel ist hoch. Allgemein ist es schwierig, Patienten in der Behandlung zu halten. Die Gelegenheit, eine bedeutungsvolle Beziehung und Allianz mit dem Patienten zu entwickeln, ist im Krankenhaus nicht mehr gegeben. Sobald Patienten entlassen sind, gibt es wenig Möglichkeiten für dauerhafte Kontakte. Fachärzte neigen dazu, kurze und unbefriedigende Patientenkontakte zu pflegen. Dauerhafte therapeutische Erfahrung mit einzelnen Patienten, früher das Grundprinzip von Ausbildungsmaßnahmen, ist heute eher die Ausnahme als die Regel. Die Betonung verschiebt sich, weg vom Verständnis des Innenlebens und der Konflikte des Patienten hin zu Fragen nach dem Umgang mit und der Ausschaltung von Symptomen. Man hat das Gefühl, daß man bloß den Deckel draufhält und im allgemeinen keinen bedeutenden Einfluß auf das Leben von Patienten hat.

#### Probleme in der ambulanten Therapie

Die Probleme, die sich der Psychoanalyse durch diese äußeren Entwicklungen und den damit verbundenen Druck stellen, erwachsen aus der Notwendigkeit, einen Übergang vom reichen Verständnis des therapeutischen Prozesses, der sich aus der psychoanalytischen Erfahrung herleitet zu einer bedeutungsvollen Anwendung oder Anpassung dieses Verständnisses auf das Feld der Psychothe-

rapie zu schaffen. Letzteres Feld ist beträchtlich breiter in seinen Anwendungsmöglichkeiten als die engen Begrenzungen der Psychoanalyse. Darüber hinaus stehen ihre Praktiker derzeit unter beträchtlichem Druck hinsichtlich der Anwendung von Fähigkeiten und Techniken im Interesse einer breit gefächerten psychologischen Problemlösung und eines gestrafften Zeitrahmens. Das Problem schwankt in seinen Implikationen und in seiner Schwierigkeit. Es ist jedoch interessant, sich in Erinnerung zu rufen, daß es keines war, worüber sich der Gründer der Psychoanalyse im unklaren war. Freud (1919a) nahm sich selbst des Problems mittels der Betrachtung der Fortschritte psychoanalytischer Behandlung an. Er blickte in seine Kristallkugel und sah gleich einem Propheten den weiteren Entwicklungsverlauf der Psychoanalyse in den zukünftigen Jahren voraus. Er bemerkte, daß die Anzahl an Psychoanalytikern zwangsläufig klein sei und daß diese, selbst wenn sich jeder von ihnen intensiv der Behandlung von Patienten widmete, in der Tat lediglich eine kleine Anzahl behandeln könnten. Diese Bemühung konnte kaum nennenswert Einfluß auf das riesige Ausmaß neurotischen Elends in der Welt nehmen. Darüber hinaus beschränkten wirtschaftliche Zwänge die Verfügbarkeit der Behandlung auf die eher Wohlhabenden, die gewohnt waren, ihre eigenen Privatärzte auszuwählen. Unter solchen Bedingungen konnte die Psychoanalyse wenig für die übrigen sozialen Schichten tun, die auch unter der Geißel der Neurosen litten.

Bei seinem Blick in die Nebel der Zeit sah Freud jedoch voraus, daß die Anzahl von Analytikern schließlich beträchtlich zunehmen würde. Er stellte sich auch eine Zeit vor, in der das Gewissen der Gesellschaft hinsichtlich der Tatsache erwachen würde, daß die Armen gleichwohl das Recht auf Hilfe bei seelischer Bedrängnis haben, so wie sie es auf die lebensrettende Hilfe der Chirurgie hätten. Er malte sich aus, daß Einrichtungen oder Tageskliniken geschaffen würden, in denen analytisch ausgebildete Ärzte kostenfreie Behandlung für die gequälte breite Masse anbieten könnten. Mit dieser Vision vor Augen bemerkte Freud:

"Dann wird sich für uns die Aufgabe ergeben, unsere Technik den neuen Bedingungen anzupassen. Ich zweifle nicht daran, daß die Triftigkeit unserer psychologischen Annahmen auch auf den Ungebildeten Eindruck machen wird, aber wir werden den einfachsten und greifbarsten Ausdruck unserer theoretischen Lehren suchen müssen. Wir werden wahrscheinlich die Erfahrung machen, daß der Arme noch weniger zum Verzicht auf seine Neurose bereit ist als der Reiche, weil das schwere Leben, das auf ihn wartet, ihn nicht lockt, und das Kranksein ihm einen Anspruch mehr auf soziale Hilfe bedeutet. Möglicherweise werden wir oft nur dann etwas leisten können, wenn wir die

seelische Hilfeleistung mit materieller Unterstützung nach Art des Kaisers Josef vereinigen können. Wir werden auch sehr wahrscheinlich genötigt sein, in der Massenapplication unserer Therapie das reine Gold der Analyse reichlich mit dem Kupfer der direkten Suggestion zu legieren, und auch die hypnotische Beeinflussung könnte dort wie bei der Behandlung der Kriegsneurotiker wieder eine Stelle finden. Aber wie immer sich auch diese Psychotherapie fürs Volk gestalten, aus welchen Elementen sie sich zusammensetzen mag, ihre wirksamsten und wichtigsten Bestandteile werden gewiß die bleiben, die von der strengen, der tendenzlosen Psychoanalyse entlehnt worden sind. (Freud 1919a).

Eines der Probleme ist natürlich, daß die Personen, die am meisten dazu qualifiziert sind, sich diesem Gebiet zu widmen, vor allem die Psychoanalytiker sind. Dementsprechend sind sie auch die Personen, deren Erfahrung in anderen Bereichen psychotherapeutischer Intervention weniger ausgeprägt ist, auf die Freud die Aufmerksamkeit lenkte. Dies trifft offensichtlich weniger zu im Zusammenhang mit intensiven Eins-zu-eins-Psychotherapien als dies in anderen Bereichen der Fall ist. Trotz alledem besteht die Notwendigkeit für die Erweiterung und Anwendung psychotherapeutischer Prinzipien auf nichtanalytische Zusammenhänge.

Es ist jedoch in der Entwicklung einer solchen Bemühung furchtbar wichtig, daß sie sich nicht selbst in eine Lage manövriert, wo sie von dem Glanz isoliert ist, der von der Anwendung psychoanalytischer Einsicht ausgehen kann. Es gibt beim heutigen Stand der psychotherapeutischen Wissenschaft und Kunst einen dringenden Bedarf für Psychoanalytiker, aktiver in andere Bereiche psychotherapeutischen Bemühens eingebunden zu sein als in die strikte Anwendung der Psychoanalyse im engeren Sinne oder das breiter begriffene Feld psychoanalytisch orientierter Psychotherapie. Dementsprechend gibt es einen wachsenden Bedarf für gemeinsame Bestrebungen und Verständigung zwischen Analytikern und Praktikern anderer Gebiete des psychotherapeutischen Spektrums, um die Integration analytischer Einsichten und Ansichten mit anderen aufkommenden und eher experimentellen Ansätzen therapeutischer Intervention voranzutreiben.

### **Muster psychoanalytischer Praxis**

In der Tat haben sich die Muster psychoanalytischer Praxis verändert in Richtung eines breiteren Spektrums an Formen psychotherapeutischen Handelns. Versicherungsgesellschaften versuchen weiterhin, Druck auf Anbieter von Psychotherapie auszuüben, um die Erstattungsätze für ambulante Einzelthe-



rapie zu beschränken, ungeachtet den Überlegungen bezüglich Notwendigkeit, Rentabilität oder langfristigen Vorteilen (Mumford et al. 1984). Solcher Druck wirkt sich weiterhin dahingehend aus, daß Patienten vom privaten Behandlungsrahmen weggetrieben werden, hin zu kurzzeitigen und kostengünstigeren (aber hinsichtlich ihrer Rentabilität fragwürdigen) Behandlungsbedingungen. Dieser Druck wird in den sich wandelnden Mustern der psychoanalytischen Praxis immer offensichtlicher.

Die Probleme erwachsen nicht nur aus der Anpassung psychoanalytischer Prinzipien an die Anwendung von Psychotherapie im weiteren Sinn, sondern auch aus dem sozialen, wirtschaftlichen und politischen Milieu, in welchem Psychotherapie praktiziert wird. Die Frage zu diesem Zeitpunkt in der Geschichte der Psychiatrie sowie der Psychotherapie ist, ob solche äußeren Faktoren in der Lage sein werden, ein angenehmes Umfeld zu schaffen, in welchem das psychotherapeutische Modell wirksam zum Einsatz kommen kann, oder ob das äußerste, was man erwarten kann, eine Art unbehagliche und feindselige Duldung sein wird.

Wenn es diesem Gebiet der Erkundung und Bemühung innewohnende Schwierigkeiten gibt, die mit der Ausbreitung psychoanalytischer Prinzipien auf die Psychotherapie zusammenhängen, so gibt es eine vorrangige Überlegung, welche selbst Freud nicht vorhergesehen haben konnte und welche eine grundlegende Bedrohung für das gesamte Unternehmen darstellen kann. Als Freud in seine Kristallkugel blickte und versuchte, sich die zukünftige Praxis der Psychoanalyse vorzustellen, kam er der Beschreibung der aktuellen Situation in vielen unserer Kliniken und Krankenhäuser prophetisch nahe. Dies trifft vor allem im öffentlichen Bereich zu. Wenn wir uns an Freuds Vision erinnern, beschrieb er einen Zustand, in dem das Recht auf Behandlung weltweit festgeschrieben wäre und in welchem die Subventionierung durch Dritte der wirtschaftliche Rahmen wäre, in dem Psychotherapie praktiziert werden könnte. Diese vorgestellte Situation ist in unserer Zeit Wirklichkeit geworden.

### **Gutachterverfahren (peer review<sup>1</sup>)**

Unglücklicherweise gibt es unvorhergesehene Ereignisse, die sich Freud im Jahr 1919 noch nicht vorstellen konnte. Es ist eine Sache, an die Schwierigkeiten bei der Bereitstellung einer psychoanalytisch fundierten Psychotherapieform für wirtschaftlich benachteiligte Bevölkerungsschichten zu denken, deren

---

<sup>1</sup>Ein Netzwerk von Krankenversicherungsträgern in den USA; Anm. d. Übers.

Bei der peer review handelt es sich um ein Gutachterverfahren in den USA, welches dem in Deutschland üblichen Verfahren bei der Beantragung von Kostenübernahme bei Psychotherapie üblich ist; es handelt sich dabei jedoch um ein Kontrollverfahren im Interesse staatlicher Stellen. Das Gutachterverfahren im Interesse von privaten Versicherungsträgern nennt sich claim review (siehe weiter unten im Text);

Belastungen ein beträchtliches Problem darstellen und für die Behandlung für minimale oder gänzlich ohne Bezahlung durchgeführt würde. Es ist jedoch etwas ganz anderes, an die Probleme zu denken, die vom Geist eines Gesundheitssystems aufgeworfen werden, unter dem die Bedingungen für die Regelung und Überwachung dergestalt sind, daß sie den Grundprinzipien von psychotherapeutischer Beziehung und Absicht entgegenwirken und diese untergraben.

Eine dringende und tief beunruhigende Angelegenheit für alle auf dem Gebiet der Psychotherapie tätigen Personen - ungeachtet dessen, ob sie Einzelpsychotherapeuten, Psychoanalytiker, Gruppentherapeuten oder etwas anderes sind - ist die Forderung nach Regulierung und Eingreifen durch Dritte, entweder in Form von Versicherungsträgern, wie dies heute oft der Fall ist, oder in Form von staatlichen Kontrollvorgängen, wie zum Beispiel das Gutachterverfahren, welches möglicherweise in Zukunft einen steigenden Anteil der psychiatrischen Praxis darstellen könnte. Die Forderungen hinsichtlich der psychotherapeutischen Beziehung sind insbesondere die der Überprüfung der Behandlung und die damit verbundene Gefährdung der Vertraulichkeit.

Die mit dem Gutachterverfahren zusammenhängenden Probleme stehen schon seit einigen Jahren unter Überprüfung und zur Debatte. Ausschüsse sowohl der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung als auch der Amerikanischen Psychoanalytischen Vereinigung haben beträchtliche Mühen gehabt, Ansätze bezüglich dieser Fragen zu entwickeln, die wenigstens zum Teil dem Anspruch Rechnung tragen würden, die Rechte der Patienten zu schützen und den therapeutischen Prozeß angesichts der Anforderungen des Gutachterverfahrens zu bewahren. Beide Organisationen haben beeindruckende Handbücher als Führer zur Durchführung des Gutachterverfahrens geschaffen.

Es ist unnötig zu erwähnen, daß die Meinungen bezüglich der Möglichkeit oder gar Ratsamkeit dieses Unterfangens weit auseinander gehen. Wirtschaftliche Umstände und vor allem die gestiegene Nutzung von Beihilfen hat die Versicherer zu dem Punkt gebracht, Zahlungen einzuschränken oder zu streichen. Das Gutachterverfahren ist ein eindeutiger Mechanismus, um dieses Ziel zu erreichen. In der besten Welt, die man sich vorstellen kann, könnte das Gutachterverfahren dienlich sein, zu gewährleisten, daß die Behandlung geeignet ist und richtig durchgeführt wird. Jedoch sind Bemühungen, den Bedürfnissen der Patienten gerecht zu werden und gleichzeitig Dritten zu versichern, daß die Zahlung von Unterstützungen angebracht sei, nicht immer glattgegangen.

Aus der Sicht von Praktikern sind Bedenken über den Datenschutz und die Vertraulichkeit klinischen Materials aufgekommen sowie über die Auswirkungen auf den eigentlichen Behandlungsverlauf. Die Meinungen gehen darüber

auseinander, ob die Durchführung in einzelnen Fällen hilfreich sei und die Behandlung erleichtere oder ob sie aufdringlich sei und die Behandlung entweder zerstöre oder ihr Schaden zufüge. Die Erstellung der Berichte ist oft lästig und zeitraubend.

Das Gutachterverfahren sollte ein kollegiales Unterfangen sein, in keinsten Weise der medizinischen Lehre und Praxis fremd. Gelegenheiten zur Bewertung klinischer Urteilsbildung und Tätigkeit sind das Rückgrat klinischer Ausbildung auf allen Ebenen und stellen weiterhin einen wichtigen Aspekt täglicher Praxis in Ausbildungszentren dar. Dies ist seit jeher ein Gegenstand privater und vertraulicher Verständigung unter Ärzten in bestimmten und intern verständlichen Zusammenhängen (Supervision, klinische Kongresse etc.) - und hinsichtlich akzeptabler medizinischer Ziele. Dieser Brauch ist auch ein grundlegender Bestandteil psychoanalytischer Ausbildung. Selbst auf institutioneller Ebene ist die Überprüfung von Fallmaterial ein üblicher Bestandteil der Ausbildungserfahrung in Form von Fallsupervision; sie ist ein erwünschter Gesichtspunkt zur Einschätzung bei der Graduierung in jedem psychoanalytischen Institut; sie ist Bestandteil bei Aufnahmeverfahren in die Amerikanische Psychoanalytische Vereinigung und ist für die Verfahren zwecks Anerkennung oder gar Berufung als Ausbildungsanalytiker ins Spiel gebracht worden.

Die Ziele in all diesen Zusammenhängen waren weit entfernt von den Fragen der Kostendämpfung oder Einschränkung von Gesundheitsleistungen. Nutzungs- und Überprüfungsausschüsse wurden gegründet, um sicherzustellen, daß nur notwendige Dienste angeboten und übermäßig teure Dienste gekürzt wurden. Die Zuständigkeit solcher Überprüfungsausschüsse ist ausgedehnt worden auf Gutachterverfahren durch private Versicherungsträger (claims review), was bedeutet, daß festgelegt wird, ob Dienstleistungen, für welche Ansprüche vorgebracht wurden, tatsächlich angemessen und gerechtfertigt waren. Ein Verfahren, das ursprünglich zur Qualitätssteigerung im Gesundheitswesen gedacht war, war ein Werkzeug zur Beschränkung der erbrachten Leistungen geworden. Das Gutachterverfahren war in Kostendämpfung umgewandelt worden.

Zusätzliche Probleme stellen sich durch die Zugänglichkeit des Berichtes für den Patienten. Der berichterstattende Analytiker muß über die Auswirkung des Berichtsinhalts auf den Patienten besorgt sein. Solches Material kann gut und gerne zu ungenauen oder voreiligen Interpretation Anlaß geben, kann Implikationen oder Assoziationen beinhalten, die nicht angemessen erkundet und in der Analyse verarbeitet worden sind, kann Anlaß zu Mißverständnissen geben etc.

Folglich steht ein Psychoanalytiker, der mit der Durchführung des Gutachter-

verfahrens konfrontiert ist, beträchtlichen Schwierigkeiten gegenüber. Die Vielfalt von Gutachtensarten und -verfahren ist gelegentlich verwirrend. Gesetze und Bestimmungen variieren von Region zu Region und von Versicherer zu Versicherer. Eine weitere Frage ist, wer die Begutachtung vornimmt. Das Handbuch der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung besagt ausdrücklich, daß ein psychoanalytischer Fall von drei Psychiatern und einem Psychoanalytiker begutachtet wird. Es gibt keine Anweisung, wie das Zeugnis dafür auszusehen hat, um als Psychoanalytiker zu gelten. Andere Verfahren beinhalten kaum solche Vorkehrungen, so daß die Möglichkeit besteht, daß die Begutachtung eines analytischen Falles von einer Person mit wenig oder gar ohne Verständnis für psychoanalytische Therapie vorgenommen werden kann. Der Psychoanalytiker ist hin- und hergerissen zwischen seiner vorrangigen Verantwortung für den Schutz der Behandlung und der Interessen seines Patienten einerseits sowie den wirtschaftlichen Gegebenheiten andererseits, die die Teilnahme an diesen Verfahren vorschreiben, welches oftmals die Behandlung selbst erst finanziell möglich macht. In welchem Ausmaß kann der Analytiker aus seiner therapeutischen Rolle heraustreten und Anwalt des Patienten werden? In welchem Ausmaß kann die Vertraulichkeit bewahrt werden? Kann auf Vertraulichkeit verzichtet werden und dabei die analytische Situation bewahrt bleiben? Wie steht es mit Kindern? Haben sie ein Recht auf Vertraulichkeit? Kann dieses Recht außer Kraft gesetzt werden?

### **Vertraulichkeit**

Die inhärente Notwendigkeit für Vertraulichkeit in der therapeutischen Beziehung ist allen hier verhandelten Ansätzen eigen. Eine Anzahl von Autoren hat sich dieser Schwierigkeit angenommen, und ein besonders eindrucksvoller Kommentar stammt von Langs (1975a). Er schreibt: "Das Auftreten Dritter auf jeglicher Ebene der Patient-Therapeut-Beziehung ist eine Abweichung von den Grundregeln, die weitreichende Folgen für den Patienten und die Therapie hat." (185). Diese regulative Einwirkung auf die Psychotherapie geht unerbittlich in Richtung einer Erweiterung der Einmischung durch Dritte. Die Zunahme der Kosten und der Ansprüche für die Versicherungen erlegt beträchtliche finanzielle Zwänge auf, welche die Kostenträger zwingen, die Vorschriften und Kriterien bei der Anerkennung von Ansprüchen zu verschärfen.

Es muß erkannt werden, daß diese Verletzungen der Vertraulichkeit auf grundlegende Veränderungen in der Struktur der therapeutischen Beziehung hinauslaufen. Als solches bewirken sie gravierende Abweichungen in der Technik, die nur die Wirksamkeit von Psychotherapie untergraben können.

All dies wirft bei mir die Frage auf, ob der psychotherapeutische Vertrag und die damit verbundene Beziehung, die den Kern jeglicher psychotherapeutischer Bemühung jeder Behandlungsart darstellen, von solch einem vorrangigen regulativen Rahmen geduldet werden kann. Wir können in die Situation kommen, daß psychotherapeutisches Bemühen nur im Bezugsrahmen völlig privater und nicht von Versicherungen bezuschußter Zusammenarbeit von Doktor und Patient möglich ist. Schon bestehen Spannungen im Bereich des privaten Krankenversicherungsschutzes für Psychotherapie und/oder Psychoanalyse. Forderungen der Versicherungsträger nach Informationen über Patienten verstoßen schlechterdings gegen die Vertraulichkeit und gegen den besonderen Bereich des Verstehens zwischen Therapeut und Patient.

Das Schreckgespenst der staatlichen Regelung und Einflußnahme in diesem Feld bietet zusammen mit der Zugänglichkeit von computergespeicherten Berichten eine grauenvolle Vorausschau auf die Entwicklung bundesstaatlicher Regulierung, in welcher jegliche Art von echter Psychotherapie zur Unmöglichkeit werden kann. Die Gefahr besteht in der Politisierung des psychotherapeutischen Prozesses - ein innerer und unerträglicher Widerspruch. Die Prioritäten im entstehenden Rahmen des Gesundheitswesens sind klar auf der Seite der Finanzpolitik, viel mehr als in Richtung der Bewahrung von Grundlagen der psychotherapeutischen Beziehung und der Bemühung, diese Bewahrung echter Freiheit und Selbstbestimmung weiteren Kreisen der Bevölkerung leichter zugänglich zu machen.

Die Auswirkungen laufender Bemühungen auf diesem Gebiet scheinen ganz darauf abzuzielen, die Zugänglichkeit von Psychotherapie auf immer kleinere Gruppen von eher privilegierten und reichen Patienten zu beschränken. Auf diese Weise wird die psychiatrische Intervention in die Richtung aktiver Gestaltung und Beeinflussung gedrängt, was der psychoanalytischen Haltung vollkommen fremd ist und was im Grunde eine unvereinbare Verletzung psychoanalytischer Grundsätze darstellt. Wir können nur hoffen, daß in Zukunft der Reichtum der psychoanalytischen und psychodynamischen Sichtweise nicht zum Symbol einer ziemlich unerreichbaren Möglichkeit einer reichen Minderheit wird, sondern daß er eine Quelle der Hilfe und Bereicherung für die vielen weniger Wohlhabenden werden könnte.

### **Fragen der Ausbildung**

Diese komplexen Sachverhalte werden weiter kompliziert durch die Frage der Ausbildung für nichtmedizinische Psychoanalytiker. Ohne die Geschichte dieses Problems betrachten zu wollen, kann man sagen, daß diese Frage seit vielen Jahren ein Brennpunkt der Debatte in der Amerikanischen Psychoanalytischen

Vereinigung gewesen ist. Die dem zu Grunde liegenden Fragen haben mit der Beziehung der organisierten Psychoanalyse zur organisierten Psychiatrie und Medizin zu tun. In dem Maße wie es eine offizielle psychoanalytische Billigung für die Ausbildung zum Zwecke der genehmigten Ausübung durch Psychologen oder andere nichtärztliche Bewerber gibt, sind die Bindungen zu Psychiatrie und Medizin gelockert (Sabshin 1985).

Die Situation mit der Amerikanischen Psychoanalytischen Vereinigung wurde 1986 durch die Entscheidung herbeigeführt, den Vorschlag Gaskills umzusetzen, die volle Ausbildung auf nichtärztliche Bewerber auszuweiten. Die Entscheidung wurde beschleunigt durch den Prozeß mehrerer Psychologen gegen die Vereinigung, die dagegen klagten, daß Psychologen von der Vollausbildung ausgeschlossen waren und dies als Beschränkung freien Handels auslegten. Die Auseinandersetzung wurde außergerichtlich in gütlicher Vereinbarung beigelegt und öffnete Psychologen, Sozialarbeitern, Krankenschwestern und anderem Fachpersonal die Ausbildung. Der Trend verstärkte sich durch die Entscheidung der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung im Jahre 1989, Institute direkt und unter Umgehung der Amerikanischen Vereinigung anzugliedern. So wird sowohl innerhalb als auch außerhalb der Amerikanischen Vereinigung eine steigende Anzahl nichtärztlicher Kandidaten ausgebildet. Vergleichbare Entwicklungen finden in anderen Ländern, vor allem in Südamerika, statt (Cooper 1990; Wallerstein & Weinshel 1989).

Die Folgen dieser Veränderungen sind enorm. Institute unter der Führung der IPV werden dazu neigen, europäischen Trends in der Ausübung der Analyse zu folgen - Trends, die sich oft beträchtlich von den zuvor in den USA üblichen unterscheiden. Die IPV ist viel erklärter Kleinianisch und nichtmedizinisch in ihrer Ausrichtung als die Amerikanische Vereinigung. Ausbildungszentren, die theoretische und professionelle Differenzen mit der APV gehabt hatten, werden jetzt unter dem Schirm der IPV Legitimation finden. Darüber hinaus neigen die auf europäischen Unterrichtsmodellen aufbauenden Ausbildungsnormen dazu, lockerer zu sein, flexibler in der Benennung von Ausbildungsanforderungen, die Prüfung von Lehranalytikern ist offener und weniger anspruchsvoll usw. Die IPV hat ein ständiges Problem damit, die Anhebung des Ausbildungsniveaus angesichts nationaler und örtlicher Tendenzen durchzusetzen. Die Frage ist, ob die IPV mehr Erfolg bei der Regelung von Normen für Ausbildung und Praxis in den USA haben wird als dies in anderen Ländern der Fall ist. In jedem Fall wird die APV mit Instituten um Kandidaten konkurrieren müssen, deren Programme bisher als unzulänglich betrachtet worden sind. Der Druck, die Standards bezüglich Überlänge und Anspruch abzuschwächen, wird beträchtlich sein (Cooper 1990). Ein Trend, der sich bereits

durchgesetzt hat, ist die Veränderung hin zu einem Behandlungsplan mit drei Sitzungen pro Woche als Norm, entgegen den Bemühungen der APV, den Standard von vier Sitzungen pro Woche beizubehalten (Richards 1990).

Die Meldungen aus dem ärztlichen Lager sind ebenfalls nicht ermutigend. Der Stellenwert und die zentrale Bedeutung von Psychoanalyse und psychoanalytischem Denken fällt bei psychiatrischen Fachärzten dramatisch. Das Niveau qualifizierter ärztlicher Bewerber für die psychoanalytische Ausbildung sinkt. Die Überladung der Lehrpläne für Facharzt-ausbildungen mit neuropsychiatrischen, verhaltenstheoretischen und psychopharmakologischen Unterrichtsthemen drängt nach und nach die psychoanalytischen und psychodynamischen Elemente an den Rand (Reiser 1989). Die Ausbildung in Psychotherapie ist in vielen, wenn nicht gar in den meisten Programmen radikal zugunsten behavioraler, psychopharmakologischer und Kurzzeitansätze reduziert worden (Wallerstein 1991).

Einzelheiten dieses Trends sind dem Bericht einer gemeinsamen Kommission der Association for Academic Psychiatry und der American Association of Directors of Psychiatric Residency Training zu entnehmen (Mohl et al. 1990).

Weitere Daten einer eingehenden Erhebung über Facharztausbildungen spiegeln den Untergang der psychotherapeutischen Ausbildung wider - weniger als 40% der Ausbildungsprogramme verlangen, daß man Patienten öfter als einmal wöchentlich sehen muß (Altshuler 1990). Der Endpunkt dieses Trends ist die Entwicklung dahin, die Forderung nach Psychotherapie fallenzulassen oder diese wahlweise anzubieten. Ein kühner Neurowissenschaftler behauptete sogar, daß es keinen Grund für psychiatrische Abteilungen außerhalb der Neurologie gebe (Wallerstein 1991).

Ein bedauerlicher Effekt dieser Entwicklungen ist die Neubestimmung der Rolle der Psychoanalyse und ihrer Beziehung zur medizinischen Wissenschaft in diesem Prozeß. Die berufliche Identität des ärztlichen Psychoanalytikers ist in Gefahr, da die offizielle Psychoanalyse von ihrer medizinischen Verankerung wegdriftet und sich der Psychologie nähert (Arlow & Brenner 1988). Immer weniger kann sich die Psychoanalyse als medizinische Unterart betrachten, deren Ausübung durch nichtärztliche Analytiker zu Problemen führen würde - was wird also die Grundlage ihrer beruflichen Identität sein? Wird die Psychoanalyse in der Lage sein, als eigenständige Profession zu bestehen? Werden die Bindungen zu völlig verschiedenen Disziplinen das analytische Identitätsgefühl abschwächen (Michels 1988; Wallerstein & Weinshel 1989)? Die stetige "Entmedikalisierung" der amerikanischen Psychoanalyse wird zu einer Abnahme der Anzahl ärztlicher Ausbildungsbewerber führen (50% nach

neuesten Zahlen), die Attraktivität des Berufes für die klügsten Köpfe aus den Reihen der psychiatrischen Fachärzte wird beschädigt sein, das Ansehen des Berufes wird zunehmend verblassen, und die Psychoanalytiker werden sich in derselben Lage wiederfinden, in der heute Psychologen und Sozialarbeiter sind - als wertgeschätzte Mitarbeiter, aber nicht für Führungspositionen geeignet (Cooper 1990). Möglichkeiten der Einflußnahme werden schwinden, wenige höhere akademische Posten werden von Analytikern besetzt sein, und der Nachwuchs an Fachärzten für die analytische Ausbildung wird sich sogar noch weiter verringern.

Dies geschieht zu einer Zeit, in der die Psychiatrie selbst einen Prozeß der "Remedikalisierung" durchläuft, der beschleunigt wird durch Entwicklungen in der Neurobiologie, Psychopharmakologie, durch Rentabilitätsdruck, neue Kriterien der Erstattung bei Versicherungen und durch das Verwischen von Grenzen auf dem Gebiet der Psychohygiene (Reiser 1989). Der Gewinn ist die verbesserte Behandlung schwererer Störungen, der Psychosen, der großen Affektstörungen, Panikstörungen, Suchterkrankungen und sogar schwerer Zwangsstörungen; der Verlust besteht jedoch im Abbau der Behandlungen von feineren, weniger biologisch bestimmten Neurosen und Charakterstörungen.

### Schlußfolgerungen

Einige Kompromisse erscheinen unter solchem sozialen und wirtschaftlichen Druck unvermeidlich. Wenn man die Schlußfolgerung ziehen kann, daß das psychoanalytische Modell, in entsprechender Anpassung und Abwandlung für eine weitgefächerte Psychopathologie und eine Vielzahl sozioökonomischer Zusammenhänge, das angemessenste für psychotherapeutische Interventionen ist, so müssen wir dafür Sorge tragen, daß die Dauerhaftigkeit einer solchen Legierung (Freuds Legierung von Gold und Kupfer) gewährleistet ist. Einerseits müssen psychoanalytische Theoretiker den sozialen, wirtschaftlichen und politischen Umständen bei der Entwicklung ihrer klinischen Ansätze und Methodologie Rechnung tragen. Andererseits kann es notwendig sein, daß Therapeuten in irgendeiner Weise die politische Arena betreten, um das Recht aller Patienten auf Behandlung zu sichern. Die Gefahr bei alledem ist, daß echte und wirkungsvolle psychoanalytische Psychotherapie eine Möglichkeit für wenige werden kann. Und die Vielen werden, im Gegensatz zu Freuds Annahme, wieder mal von einer wirksamen Behandlung ausgeschlossen sein.

Angemessene Lösungen für diese Probleme sind schwer zu erzielen, bestimmte Dinge scheinen jedoch klar. Die Psychoanalytiker sind aufgerufen, sich mit größerer Überzeugung und mehr Mut der Erhaltung der Psychoanalyse zu widmen. Die Psychoanalyse ist ein empfindliches und zerbrechliches Gebilde,



welches viele Puffer und fürsorgliche Aufmerksamkeit braucht, nicht nur um zu blühen, sondern gar um zu bestehen. Es liegt an uns, dies zu tun.

Meines Erachtens erfordert die Erhaltung der Psychoanalyse fortwährende Bemühungen auf allen Ebenen, um eine Wahrung psychoanalytischer Ideale sowohl in der Ausbildung als auch in der Praxis zu gewährleisten. Entgegen dem Druck, der ihre Rolle und Wichtigkeit verringert, müssen die Psychoanalytiker die Anstrengung unternehmen, ihre Rolle als Lehrer psychodynamischer Grundsätze und der grundlegenden Fertigkeiten von Psychotherapie beizubehalten. Sie müssen jede Mühe auf sich nehmen, die Rechte und Privilegien von Patienten auf psychologisches Verständnis und auf Fürsorge zu lehren, zu verbreiten und zu bewahren. Und als ein Gebiet wissenschaftlicher klinischer Anwendung müssen wir unsere Bemühungen auf ein tieferes Verständnis des therapeutischen Prozesses konzentrieren, so daß in einem gewissen Maß mit einer gewissen Sicherheit darüber, die Mittel und Möglichkeiten psychoanalytischen Verstehens den Bedürfnissen der Patienten näherzubringen, Freuds Vision in gebührendem Maße erfüllt werden kann.

Anm. d. Übers.

Association for Academic Psychiatry

American Association of Directors of Psychiatric Residency Training