

Die Bedeutung empirischer Forschung für die Psychoanalyse

Cord Benecke

Online publiziert: 21. Januar 2014
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

Zusammenfassung Es soll ein Blick auf unter Psychoanalytikern verbreitete Vorbehalte gegen empirische Forschung, insbesondere gegen *empirische Wirksamkeitsforschung*, geworfen werden. Diese forschungskritische Haltung bekommt seit Kurzem scheinbar einen theoretischen Rückhalt durch das Konzept der „Wissenskulturen“. Die aus der *psychoanalytischen Wissenskultur* abgeleiteten Schlussfolgerungen in Bezug auf eine grundsätzliche Nichtpassung zwischen empirischer Wirksamkeitsforschung und Psychoanalyse ist nach Ansicht des Autors nicht haltbar, da unterschiedliche Forschungsfragen unterschiedliche Forschungsmethoden erfordern. Das Freud'sche Jungtüm hat nach wie vor seine Gültigkeit, ist aber nicht geeignet, wenn es um die Frage der Wirksamkeit psychoanalytischer Behandlungen geht. Mit der Zuordnung von unterschiedlichen Forschungsstrategien zu unterschiedlichen Fragestellungen wird die Hoffnung verbunden, etliche scheinbar grundlegende Widersprüche zwischen empirischer Forschung und Psychoanalyse auflösen zu können.

The importance of empirical research for psychoanalysis

Abstract This article reviews negative attitudes against empirical effectiveness research among psychoanalysts. Recently this research critical attitude seems to have received theoretical support from the concept of “cultures of knowledge”. Some authors came to the conclusion that empirical effectiveness studies are not suitable

Leicht überarbeitete Fassung des Vortrags auf dem Symposium „Persönliche Stile in Psychoanalysen. 30 Jahre Forum“ der International University Berlin am 1. und 2. November 2013.

Prof. Dr. C. Benecke (✉)
Institut für Psychologie, Universität Kassel,
Holländische Str. 36–38, 34127 Kassel, Deutschland
E-Mail: benecke@uni-kassel.de

for psychoanalytic treatments because psychoanalysis has a completely different culture of knowledge than cognitive behavioral therapy. In the opinion of the author this conclusion cannot be justified as different research questions require different methods. Freud's junctim between research and practice is still valid but not suitable for questions on effectiveness. In assigning different research methods to different research questions it is hoped to overcome many of the seemingly fundamental antagonisms between empirical research and psychoanalysis.

Freuds Junktim zwischen Heilen und Forschen

Ein Großteil psychoanalytischer Forschung ist seit Freuds berühmtem Junktim eng mit der psychoanalytischen Situation verbunden. „In der Psychoanalyse bestand von Anfang an ein Junktim zwischen Heilen und Forschen, die Erkenntnis brachte den Erfolg, man konnte nicht behandeln, ohne etwas Neues zu erfahren, man gewann keine Aufklärung, ohne ihre wohltätige Wirkung zu erleben ... Nur wenn wir analytische Seelsorge betreiben, vertiefen wir unsere eben aufdämmernde Einsicht in das menschliche Seelenleben. Diese Aussicht auf wissenschaftlichen Gewinn war der vornehmste, erfreulichste Zug der analytischen Arbeit“ (Freud 1927, S. 293 f.). Für Freud ist es „einer der Ruhmestitel der analytischen Arbeit, dass Forschung und Behandlung bei ihr zusammenfallen“ (Freud 1912, S. 380). Andererseits meinte Freud: „Ich will nur verhüten wissen, dass die Therapie die Wissenschaft erschlägt“ (Freud 1927, S. 291).

Ich möchte im Folgenden einen Blick auf unter Psychoanalytikern verbreitete Vorbehalte gegen empirische Forschung werfen, insbesondere gegen *empirische Wirksamkeitsforschung*. Im Anschluss daran wird versucht, eine Zuordnung von unterschiedlichen Forschungsstrategien zu unterschiedlichen Fragestellungen vorzunehmen, die, so meine Hoffnung, etliche scheinbar grundlegende Widersprüche zwischen empirischer Forschung und Psychoanalyse zumindest zum Teil aufzulösen vermag.

Aussagen von Psychoanalytikern zu empirischer Forschung

Die nun zitierten Aussagen von Psychoanalytikern zu empirischer Wirksamkeitsforschung stammen einerseits aus der Literatur (vornehmlich aus Protz et al. 2012), andererseits aus persönlichen Gesprächen, die ich in verschiedenen psychoanalytischen Instituten in Deutschland geführt habe, meist um für die Teilnahme an Wirksamkeitsstudien zu werben.

Ich beschränke mich hier auf die Wiedergabe der *kritischen Stimmen*. Selbstverständlich gibt es auch eine Vielzahl von anderslautenden und der empirischen Forschung gegenüber positiv eingestellten Äußerungen.

Die kritischen Stimmen sollen thematisch sortiert werden, in *Grundsätzliches, Rahmenschutz, Ziele, Zweifel* und *Bewertungen*. Wenn nicht anders angegeben, handelt es sich um Äußerungen von Psychoanalytikern in Diskussionen mit dem Autor.

Grundsätzliches

Es werden etliche Vorbehalte geäußert, die die Angemessenheit von empirischer Forschung im Zusammenhang mit Psychoanalyse ganz grundsätzlich in Zweifel ziehen. Beispiele:

- „Das Unbewusste ist doch nicht messbar!“
- „Jeder Patient ist einzigartig – das kann man nicht in Skalen pressen.“
- „Die wirklichen Veränderungen finden im Unbewussten statt. Die sind nur in der analytischen Situation erlebbar.“
- „Der analytische Prozess ist eine Begegnung im Unbewussten – das kann man empirisch weder erfassen noch über einen Kamm scheren.“
- „Eine analytische Therapie ... das ist etwas höchst Individuelles, da lässt sich nichts dran verallgemeinern, und Forschung ist etwas, was immer auf Verallgemeinerung abzielt“ (aus Protz et al. 2012, S. 79).

Rahmenschutz

Viele Bedenken beziehen sich auf den Schutz des analytischen Rahmens, der durch die Beforschung von Behandlungen als gefährdet gesehen wird. Beispiele:

- „Es kommt zu einer zu frühen Triangulierung durch die Forschung als drittes Objekt“.
- Psychoanalyse sollte einen „Rahmen“ herstellen, „in dem ein Mensch nicht als Mittel zum Zweck für irgendwas benutzt wird“ (aus Protz et al. 2012, S. 79).
- Den Patienten wird die Chance genommen „einen Raum zu finden, wo es nur um sie geht“ (aus Protz et al. 2012, S. 79).
- Der psychoanalytische Prozess wird durch die Beforschung „zerstört“.

Ziele

Die Ziele der Psychoanalyse werden als mit den Zielen empirischer Wirksamkeitsforschung unvereinbar betrachtet. Beispiele:

- Es besteht die Gefahr, dass die Psychoanalyse eine zunehmend „durchoperationalisierte Methode“ wird, und die „emanzipatorische Seite der Psychoanalyse völlig verloren“ geht (aus Protz et al. 2012, S. 79).
- „Eine „vorgängige Bestimmung von Therapiezielen“ ist „dem psychoanalytischen Prozess unangemessen“ (Richter 2012, S. 30).
- „Bei manchen Patienten ändert sich auf der Symptomebene ja nicht viel, aber die profitieren trotzdem von der Analyse“.
- „Symptomveränderungen sind doch uninteressant“.

Zweifel

Etliche Äußerungen transportieren einen Zweifel bezüglich der zu erwartenden Ergebnisse. Beispiele:

- „Wir hoffen ja immer, dass [psychoanalytische Behandlungen; Anm. d. Autors] tief-greifender wirken, aber das sind so Sachen, die ja sein können, aber der Ausgang der Sache ist ja ungewiss“ (aus Protz et al. 2012, S. 80).
- Es gibt „ein Problem, dass die Analytiker nicht wissen, was bei Studien herauskommt, kann man ja auch vorher nicht wissen, und natürlich immer Angst haben, sie finanzieren vielleicht etwas, was ihnen selbst vielleicht hinterher das Wasser abgräbt“ (aus Protz et al. 2012, S. 79).
- „Was machen Sie denn, wenn sich herausstellt, dass Kurztherapien genauso gut wirken, wie lange Psychoanalysen?“
- Da schießen wir uns vielleicht ein „Eigentor“ (aus Protz et al. 2012, S. 78).

Bewertungen

Manche Vorbehalte beziehen sich auf die mit der Beforschung assoziierte Bewertung der eigenen Arbeit oder der Psychoanalyse als solcher. Beispiele:

- Angst „vor diesem Blick, der etwas beurteilt“, aber „etwas sehr Wichtiges nicht erfassen könnte“. (aus Protz et al. 2012, S. 80).
- Angst vor Entwertung nach dem Motto „Was labert ihr da stundenlang!“ (aus Protz et al. 2012, S. 80).
- Es gibt ja eine „hohe Geheimhaltung unter Psychoanalytikern“, das ist wohl Ausdruck einer „Angst vor Blamage“ (aus Protz et al. 2012, S. 80).
- „Die Entwertung des Verfahrens, die beruht ja mehr auf irrationalen Haltungen“, und deshalb werden auch Forschungsstudien nichts an der „grundsätzlich skeptischen Einstellung gegenüber der Psychoanalyse“ ändern (aus Protz et al. 2012, S. 81).

Wie gesagt: Es gibt auch gegenteilige, der empirischen Forschung gegenüber positiv aufgeschlossene Äußerungen. Die hier vorgestellten Zitate spiegeln allerdings eine meinem Eindruck nach doch recht verbreitete Haltung wider. Diese empirieskeptische Haltung bekommt seit Kurzem einen neuen theoretischen Rückhalt mit dem Konzept der „Wissenskulturen“.

Das Konzept der Wissenskulturen

In jüngster Zeit wird vermehrt auf das Konzept der Wissenskulturen rekurriert, um eine grundsätzliche Differenz zwischen der Psychoanalyse und anderen Wissenschaftsdisziplinen zu untermauern (Sell 2012, 2013; Mertens 2014). Sell (2012, 2013) arbeitet die Wissenskultur der Psychoanalyse heraus, die seiner Ansicht nach eine grundlegende Differenz zur Verhaltenstherapie begründet. Aus Freuds Junktim

Tab. 1 Merkmale der verhaltenstherapeutischen und der psychoanalytischen Wissenskultur (gekürzt nach Sell 2012, 2013)

Verhaltenstherapeutische Wissenskultur	Psychoanalytische Wissenskultur
Beobachtbares Erleben und Verhalten	Das dynamische Unbewusste
Methodologischer Behaviorismus	Übertragung und Gegenübertragung
Finden von Gesetzmäßigkeiten	Subjektives Erleben
Operationalisierung	Klinische Beobachtung und Erfahrung
Experimentelle Designs	Hermeneutik

zwischen Heilen und Forschen (siehe oben) leitet er „einen ganz eigenen Wissensbegriff“ ab, „welcher sich singulär in der Psychoanalyse findet“ (Sell 2012, S. 285).

Da diese Argumentation bzw. das Konzept der Wissenskulturen gegenwärtig als eine Art intellektueller Rahmen für die oben skizzierten Vorbehalte gegenüber empirischer Forschung fungiert, soll darauf kurz eingegangen werden, wobei ich mich hier auf die Darstellung von Sell (2012, 2013) beziehe.

Das Konzept der Wissenskulturen stammt aus der Wissenssoziologie und lenkt den Blick auf die kulturelle Eingebundenheit, auf die Kontextualität wissenschaftlichen Wissens. Diese Kontextualität bezieht sich sowohl darauf, *was* Gegenstand des wissenschaftlichen Interesses wird, als auch darauf, *wie* das Wissen generiert und validiert wird. Unterschiedliche Wissenskulturen haben „unterschiedliche Strategien und Prinzipien, die auf die Erzeugung von Wahrheit oder äquivalenten Erkenntniszielen gerichtet sind“ (Knorr Cetina 2002, zitiert aus Sell 2013). Wissenskulturelle Kontexte werden dabei durch konkrete Gruppen von Menschen gebildet, die Wissen nach bestimmten Regeln und auf der Basis bestimmter Hintergrundüberzeugungen erzeugen, bewerten und tradieren.

Psychoanalyse und Verhaltenstherapie „sind nicht einfach zwei verschiedene Weisen die gleiche Sache, nämlich Psychotherapie, zu machen“, vielmehr haben „wir es mit zwei wesentlich verschiedenen Kulturen des Wissens und der Wissenserzeugung zu tun“ (Sell 2013, S. 2).

Sell (2012, 2013) stellt die Wissenskulturen der Verhaltenstherapie und der Psychoanalyse einander gegenüber (Tab. 1).

Die in Tab. 1 schlagwortartig aufgeführten Begriffe kennzeichnen von der jeweiligen Kultur („peer group“) akzeptierte Formen des Wissens und deren Erzeugung (ausführlich in Sell 2012) – wie ersichtlich bestehen bedeutende Unterschiede. Die verhaltenstherapeutische Wissenskultur¹ sei deckungsgleich mit der der akademischen Psychologie; die psychoanalytische Wissenskultur sei im Wesentlichen „singulär“.

Sell (2012, 2013) zieht aus der Differenz der Wissenskulturen den Schluss, dass ein empirischer Vergleich der Wirksamkeit zwischen Verhaltenstherapie und Psychoanalyse grundsätzlich problematisch sei: Da der „Wissensbegriff der vergleichenden Psychotherapieforschung ... dem der verhaltenstherapeutischen Kultur, nicht aber

¹ Sell (2012) bezieht sich bei der Beschreibung der verhaltenstherapeutischen Wissenskultur vornehmlich auf Margraf (2009); allerdings ist die gelebte Wissenskultur der Verhaltenstherapie wesentlich breiter: So entstehen therapietechnische Weiterentwicklungen auch in der Verhaltenstherapie nicht im Labor, sondern in der therapeutischen Situation – diese Beobachtungen werden dann allerdings meist bald einer empirischen Untersuchung durch Operationalisierungen etc. zugänglich gemacht.

dem der psychoanalytischen“ entspricht (Sell 2013, S. 4), stelle uns ein „Vergleich dieser beiden Richtungen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit ... vor ganz grundsätzliche Probleme“ (Sell 2013, S. 2).

„Im Rahmen vergleichender Therapiestudien wird die Psychoanalyse also nicht an dem Wissensbegriff ihrer eigenen Kultur gemessen, sondern an dem der Verhaltenstherapie“, was als „Wissenskolonialismus“ (Sell 2012, S. 286) bezeichnet werden könne.

Ebenso kommt Mertens (2014) unter Rückgriff auf die Differenz der Wissenskulturen zu einem sehr kritischen Urteil bezüglich der Angemessenheit empirischer Wirksamkeitsforschung für die Psychoanalyse:

„Analytische Psychotherapien [ziehen; Anm. d. Autors] aufgrund der Priorisierung derjenigen Wissenskultur, die mit den kognitiv-behavioralen Verfahren geistesaffin ist, gegenwärtig den Kürzeren“, da Forschungseinrichtungen eher „die Wissenskultur, die sich durch Einfachheit und ökonomische Effizienz auszeichnet“ unterstützen, und „akademische Psychiatrie und Psychologie bevorzugen ebenfalls eine Wissenschaftsauffassung, die sich eher einer unreflektierten Anpassung an ökonomisch opportune Zeitgeist-Interessen verdankt.“ (Mertens 2014, S. 128)

Denn es wird der psychoanalytischen Psychotherapieforschung niemals gelingen, die Kriterien der positivistischen Psychotherapieforschung zufriedenstellend einzulösen und dies aus einem einfachen Grund: Psychoanalyse wäre nicht Psychoanalyse, wenn sie zur Gänze nach behavioralen Kriterien eingeschätzt werden könnte. (Mertens 2014, S. 127)

Einerseits wäre es natürlich bequem, wenn man sagen könnte, dass sich die Psychoanalyse aufgrund der Differenz der Wissenskulturen den allgemein geforderten empirischen Vergleichen, Nutzenbelegen, Notwendigkeitsnachweisen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen usw. gar nicht stellen müsste. Andererseits gilt hier aber vielleicht auch eher, was Irvin Yalom zu Paradigmen schreibt: „Paradigmen sind selbstgeschaffene, hauchdünne Barrieren gegen den Schmerz der Ungewissheit“ (Yalom 1989, S. 26).

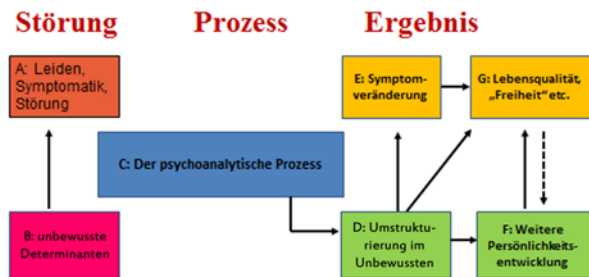
Unterschiedliche Forschungsfragen benötigen unterschiedliche „Kulturen“

Ein Großteil der oben beschriebenen forschungskritischen Einstellungen und insbesondere die Schlussfolgerungen aus der Unterschiedlichkeit von Wissenskulturen beruhen meiner Ansicht nach auf:

1. einer Verwechslung zwischen therapeutischen Prozessen und deren Ergebnissen,
2. der Nichtberücksichtigung relevanter wissenskultureller Kontexte und
3. dem Nichternstnehmen der psychoanalytischen Theorie.

Dies soll im Folgenden erläutert werden. Zur besseren Übersicht sind in Abb. 1 die Grundelemente der psychoanalytischen Störungs- und Veränderungstheorie in grober Vereinfachung dargestellt.

Abb. 1 Grundelemente psychoanalytische Störungs- und Veränderungstheorie



Gemäß psychoanalytischer Störungstheorie/Krankheitslehre beruhen psychische Störungen (Abb. 1, A) auf unbewussten Konfigurationen bzw. Prozessen (Abb. 1, B). Entsprechend zielt der psychoanalytische Prozess (Abb. 1, C) auf die Veränderung der unbewussten Determinanten der Störung, was, sofern der Prozess gelingt, zu einer Umstrukturierung im Unbewussten (Abb. 1, D) führt. Diese Umstrukturierung bringt eine Veränderung der Symptomatik (Abb. 1, E) mit sich.² Die Umstrukturierung im Unbewussten ist laut psychoanalytischer Theorie nicht mit dem Ende einer Analyse abgeschlossen, sondern die Persönlichkeit entwickelt sich auch danach noch weiter (Abb. 1, F). Entsprechend ist bei einem gelungenen psychoanalytischen Prozess zu erwarten, dass sich auch auf der subjektiven Erlebensseite des Patienten weitere Veränderungen ergeben, zum Beispiel in Form einer höheren Lebensqualität (Abb. 1, G).

Die oben skizzierte kritische bis ablehnende Haltung gegenüber empirischer Wirkksamkeitsforschung geht implizit davon aus, dass für die Erforschung *aller* Elemente und ihrer Zusammenhänge einzig und allein eine, nämlich die psychoanalytische Wissenskultur angemessen wäre. Das aber ist eindeutig falsch.

Je nachdem, welches der theoretischen Grundelemente bzw. welche Zusammenhänge von Elementen untersucht werden sollen, sind ganz unterschiedliche Forschungsstrategien und somit auch ganz unterschiedliche Forschungsmethoden notwendig.

Die psychoanalytische Wissenskultur mit ihrer Fokussierung auf das dynamische Unbewusste, auf die Analyse von Übertragung und Gegenübertragung, auf eher hermeneutische Erkenntnismethoden ist für die Generierung von Wissen in den Elementen B, C und D (Abb. 1) angemessen und kann hier auch kaum bis gar nicht durch andere Strategien ersetzt werden: Um die unbewussten Determinanten psychischer Störungen, das Geschehen im Laufe eines psychoanalytischen Prozesses im Sinne der Entwicklung der Übertragung-Gegenübertragung-Dynamik sowie die auf der Ebene des Unbewussten erreichte Umstrukturierung zu erkennen, zu beschreiben und zueinander in Beziehung zu setzen, ist die in der psychoanalytischen Wissenskultur tradierte Methodik der Wissensgenerierung genau passend: „Die gehäuften Eindrücke, aus denen wir unsere Theorien entwickeln, können auf andere Weise nicht gewonnen werden“ (Freud 1933, S. 163).

² Selbstverständlich erfolgen Umstrukturierung (Abb. 1, D) und Symptomveränderungen (Abb. 1, E) nicht erst am Ende eines psychoanalytischen Prozesses, sondern beginnen schon während des Prozesses (vergleiche zum Beispiel die ersten Zwischenergebnisse der Studie Langzeittherapien chronisch depressiver Patienten (LAC; Leuzinger-Bohleber 2013). Um unterschiedliche Forschungsfragen klarer voneinander abzugrenzen, wurde aber diese vereinfachte Darstellung gewählt.

Um allerdings die Veränderung der Symptomatik (Abb. 1, E) und die weitere Entwicklung des Patienten (Abb. 1, G) zu erfassen, ist die psychoanalytische Wissenskultur ungeeignet. Die verbesserte oder u. U. verbleibende Symptomatik nach Abschluss einer Behandlung oder zu einem späteren Katamnesezeitpunkt lässt sich nicht durch Gegenübertragungsanalyse bestimmen, schon gar nicht, wenn es um Vergleiche von Veränderungen mit unterschiedlichen Behandlungsformen geht. Die Ablehnung empirischer Wirksamkeitsforschung basiert hier auf einer schlichten Verwechslung von Prozess und Ergebnis, oder, noch schlimmer, auf einer Haltung, die Veränderungen auf der symptomatischen, subjektiven Erlebens(Leidens)-Seite der Patienten, und deren weitere Entwicklung nach Ende der Analyse, für irrelevant erklärt.

Zwar könnte Psychoanalytikern die Wissenskultur der Verhaltenstherapie gleichgültig sein, eine andere Wissenskultur sollte es aber nicht. Wird sich aufgrund der spezifischen psychoanalytischen Wissenskultur gegen (vergleichende) Wirksamkeitsforschung ausgesprochen, so wird ein auch für die Psychoanalyse relevanter wissenskultureller Kontext völlig übersehen: derjenige der Patienten und ihrer Solidargemeinschaften.

In der „DPG-Praxisstudie“ (Benecke et al. 2011) wurden die Patienten u. a. gebeten, in freien Worten zu beschreiben, wie sie ihre psychoanalytische Behandlung rückblickend erlebt haben. Hier zwei Beispiele:

- Patient A: „Die Therapie war sehr gut und hilfreich ... Auch sich selbst lernt man neu kennen. Das Eigenbild hat sich verändert. Ohne diese Langzeittherapie ... würde es mir heute nicht so gut gehen.“
- Patient B: „Im Nachgang empfinde ich es so, als ob die Therapie mir mein Leben ‚versaut‘ hat. Heute habe ich deutlich mehr Probleme als zu Therapiebeginn ... Ich kann nichts Positives in meiner Therapie und auch nicht in meiner Therapeutin sehen. Es geht mir schlecht!“

Patienten bzw. deren Solidargemeinschaften (die Krankenkassen) haben ein natürliches Interesse daran, zu erfahren, mit welcher *Wahrscheinlichkeit* ein Patient mit einer gegebenen psychischen Problematik *ungefähr* zu welchem der oben zitierten Rückblicke kommt. Wer würde sich beispielsweise einer komplizierten Operation am offenen Herzen unterziehen, wenn die Ärzte, die diese Operationen durchführen, sich weigerten, die Ergebnisse und möglichen Komplikationen dieser Operationsmethode untersuchen zu lassen, indem sie auf ihre besondere Wissenskultur verweisen? Eine solche Operationsmethode hätte wohl zu Recht nichts im Regelleistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen zu suchen.

Um solche Erfolgs- und Misserfolgswahrscheinlichkeiten angeben zu können, *müssen* größere Stichproben *systematisch* untersucht werden, und diese Untersuchungen müssen bestimmten Designstandards genügen.³ Es wird ja häufig beklagt,

³ So berücksichtigen beispielsweise die 14 Studien zur Wirksamkeit von Psychoanalyse, die in die aktuelle Metaanalyse von de Maat et al. (2013) eingeschlossen sind, fast ausschließlich nur die „completers“, das heißt, es fließen nur die Daten von den Patienten in die Berechnung der Effekte ein, die die Behandlungen auch regulär beendet hatten. Gefordert werden aber „Intent-to-treat“-Analysen (ITT), die auch die Abbrecher miteinbeziehen (zum Beispiel, indem die Werte des letzten Erhebungszeitpunkts weitergeführt werden). Werden nur Completers untersucht, resultiert dies naturgemäß in einer substanziellen Überschät-

dass sich die psychotherapeutische Wirksamkeitsforschung am naturwissenschaftlichen Paradigma orientieren soll (zum Beispiel Richter 2012; Mertens 2014 und viele andere). Es wird aber so gut wie nie gefragt, warum das so ist. Warum werden von der (wissenschaftlichen) Öffentlichkeit, von Patientenvertretern und von Solidargemeinschaften naturwissenschaftliche Belege verlangt, wenn es darum geht, zu beurteilen, ob es sich bei der Psychoanalyse um eine hinreichend gute, weil für die meisten Patienten wirksame Behandlungsmethode handelt? Die Antwort ist ganz einfach: Weil die naturwissenschaftliche Strategie zur Ermittlung und zur Validierung *dieses* speziellen Wissens die angemessere ist. Zur Bestimmung der „Heilungschancen“ (und der Wahrscheinlichkeit für negative Verläufe, vergleiche zum Beispiel Kächele und Caspar 2012; Linden und Strauß 2013) stellt die oben beschriebene psychoanalytische Wissenskultur keine geeigneten Methoden bereit. Ebenso wenig wie der psychoanalytische Prozess mittels quantitativer Methoden vollständig erfasst werden kann, kann die Wirksamkeit der Psychoanalyse als Behandlungsverfahren mittels genuin psychoanalytischer Methoden untersucht werden.

Wenn es also darum geht, „wieviel sie leistet“ (Freud 1933, S. 163), „so haben wir die psychoanalytische Therapie mit den anderen Methoden der Psychotherapie zusammenzustellen“ (Freud 1933, S. 164), denn: „Die Psychoanalyse ist wirklich eine Therapie wie andere auch“ (Freud 1933, S. 163).

Wie aus den oben zitierten kritischen Stimmen ersichtlich, bestehen bei einigen Psychoanalytikern durchaus Zweifel bezüglich der zu erwartenden Ergebnisse von empirischen Wirksamkeitsstudien. Nun ist ja eine gewisse Skepsis in Bezug auf das eigene Tun und dessen Wirkung in vielen Fällen, so auch hier, sicher angebracht. Aus der Angst vor „Eigentoren“ aber empirische Studien abzulehnen, würde bedeuten, um in der Analogie zu bleiben, gar nicht erst aufs Spielfeld zu gehen.

An dieser Stelle wird oftmals in die Richtung argumentiert, wie oben beispielhaft mit der Aussage „Bei manchen Patienten ändert sich auf der Symptomebene ja nicht viel, aber die profitieren trotzdem von der Analyse“ erwähnt. Dieses Argument wird erstaunlich oft vorgetragen. Dass sich auf der unbewussten Ebene viel verändert und umstrukturiert hat, aber die Symptomatik dennoch weiter bestehen, kann ja in Einzelfällen durchaus sein. Sollte dies aber der *Regelfall* sein (und um den geht es in empirischen Studien), dann würde entweder etwas ganz *Grundsätzliches* an der psychoanalytischen Störungstheorie nicht stimmen oder die *meisten* psychoanalytischen Behandlungen würden an für die Symptomatik irrelevanten Aspekten arbeiten. Die Sorgen über möglicherweise schlechte Studienergebnisse scheinen also Zweifel an der psychoanalytischen Theorie und/oder Zweifel an der eigenen Kompetenz (bzw. der der Kollegen) widerzuspiegeln. Wenn man die psychoanalytische Theorie ernst nimmt, dann sollten gewichtige Umstrukturierungen im Unbewussten auch bei einer hinreichend großen Anzahl von Patienten substanzielle Verringerung der Symptomatik erbringen, was sich darin widerspiegelt, dass es *vielen* Patienten, die psychoanalytisch behandelt wurden, nachher deutlich besser geht als vorher. Das

zung der Effekte, da die schlecht laufenden Behandlungen, die zu Abbrüchen führen, nicht berücksichtigt werden – Patient B im obigen Beispiel hatte die Behandlung abgebrochen und würde folglich bei reinen Completer-Analysen unter den Tisch fallen.

ist üblicherweise ja auch der Fall (zum Beispiel Leichsenring und Rabung 2011; Huber et al. 2012).

Fazit

Dass sich die Psychoanalyse der vergleichenden Wirksamkeitsforschung stellen muss, sofern sie weiterhin als Heilverfahren gelten möchte, ist mittlerweile unstrittig. Vielfach wird dies aber nach wie vor als erzwungene Unterwerfung unter ein „zweckrational“ ausgerichtetes Medizin- bzw. Gesundheitssystem erlebt. Die Forderung, dass entsprechende Studien den üblichen (naturwissenschaftlichen) Standards entsprechen müssen, ist allerdings kein „Wissenskolonialismus“, sondern ergibt sich logisch aus der Fragestellung (die sich weder auf den jeweils individuellen psychoanalytischen Prozess noch auf das Unbewusste bezieht). Die psychoanalytische „community“ ist dabei aufgefordert, Forschungsdesigns zu entwerfen und zu realisieren, die sowohl diesen naturwissenschaftlichen Standards entsprechen als auch den Besonderheiten psychoanalytischer Behandlungen gerecht werden. Dies wird niemand außerhalb der Psychoanalyse tun. Wozu auch? Warum sollte zum Beispiel ein verhaltenstherapeutisch orientierter Wissenschaftler sich Gedanken über ein Forschungsdesign machen, das die Besonderheiten psychoanalytischer Therapien berücksichtigt und so dieser Therapieform eine faire Chance einräumt, seine Stärken zu zeigen? Das müssen wir schon selbst machen. Wichtige zu berücksichtigende Besonderheiten betreffen beispielsweise Zeit und Intensität: Psychoanalytische Behandlungen sind sitzungsentensiver (benötigen eine höhere „Dosis“) und erstrecken sich über längere Zeiträume als andere Behandlungen. Bisher wurde noch kein konsensuelles Forschungsdesign entwickelt, um Langzeitbehandlungen (mit mehreren Sitzungen pro Woche) mit kürzeren Therapien adäquat vergleichen zu können.

Bei Behandlungsende zeigen üblicherweise alle Behandlungsformen befriedigende Ergebnisse, sodass hier kein substanzieller Unterschied zu erwarten ist. Wie verschiedene Studien zeigen, liegt die Stärke psychoanalytischer/psychodynamischer Therapien in ihrer Langzeitwirkung, sodass Forschungsdesigns hinreichend lange Katamnesezeiträume beinhalten sollten. Das bedeutet aber auch, dass die mit kürzeren Vergleichstherapien behandelten Patienten ebenfalls über gleich lange Zeiträume untersucht werden, inklusive der Erfassung weiterer Behandlungen, stationärer Klinikaufenthalte, Arbeitsfehltagen etc. Daraus ergibt sich dann auch die Chance, dass psychoanalytische Behandlungen, obwohl initial teurer, sich auf lange Sicht als „kosteneffizient“ erweisen können. Mein Eindruck aus vielen Gesprächen ist, dass dies selbst von den meisten Psychoanalytikern für eher unmöglich gehalten wird. Dabei wäre dies auf der Basis der psychoanalytischen Störungs- und Veränderungstheorie durchaus zu erwarten. Es soll hier auch an die sogenannte Dührssen-Studie erinnert werden (Dührssen und Jorswieck 1965), die einen hoch bedeutsamen Rückgang von Klinikaufhalten innerhalb eines Fünfjahreszeitraums nach Psychoanalyse zeigen konnte: Die ehemaligen Patienten waren in diesem Zeitraum sogar signifikant seltener in stationärer Behandlung als der Durchschnitt der Versicherten. Auch hier kann es sein, dass es in Einzelfällen nach aus psychoanalytischer Sicht erfolgreichen Prozessen zu einer Zunahme der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen kommt (zum

Beispiel weil ein Patient sich nun adäquat um sich und seine Gesundheit kümmert und/oder organische Erkrankungen nicht länger leugnet). – Aber auch hier gilt: Wenn das Regelfall wäre, dass psychoanalytische Patienten nach der Behandlung öfter in stationäre Behandlung gehen und/oder der Arbeit fernbleiben, dann wäre auch dies zu dokumentieren und zu problematisieren. Die wenigen Studien, die solche gesundheitsökonomischen Aspekte prospektiv im Langzeitverlauf berücksichtigen, zeigen überwiegend, dass es hier zu deutlichen, positiven Veränderungen kommt (zum Beispiel Bateman und Fonagy 2008; Knekt et al. 2008). Wenn solche Effekte schon bei den (immer noch als „modifiziert“ bezeichneten) kürzeren psychodynamischen Therapien zu finden sind, um wie viel mehr und nachhaltiger müssten sich diese Effekte nach einer „gründlichen“ Psychoanalyse zeigen? Im Mittel wohl gemerkt, nicht unbedingt beim einzelnen Patienten. Schließlich stellten „Leistungs- und Genußfähigkeit“ schon für Freud (1904) wesentliche Kriterien einer „Genesung“ dar.

Ebenso scheinen viele Kollegen mittlerweile davon auszugehen, dass, falls sich ein Vorteil psychoanalytischer Therapie ergibt, dieser eher auf die höhere Stundenanzahl/Dauer zurückzuführen ist als auf das spezifische psychoanalytisch-technische Vorgehen. Verschiedene Prozess-Outcome-Studien belegen aber, dass es gerade die originär psychoanalytischen Interventionsformen sind, die mit dem Therapieerfolg zusammenhängen, und dies übrigens auch in Behandlungen mit anderen Verfahren (zum Beispiel Hayes et al. 1996; Hilsenroth et al. 2003; Owen und Hilsenroth 2011; Übersicht in Benecke 2014). Anhand der Daten der Münchner Psychotherapiestudie (MPS, Huber et al. 2012) haben wir den Einfluss der „Dosis“ (Anzahl der Sitzungen) und „Technik“ (operationalisiert als Übereinstimmung mit dem *psychoanalytischen Prototyp* gemäß Ablon und Jones 1998, 2005) auf die weitere Entwicklung der depressiven Symptomatik nach Ende der Behandlungen gewissermaßen „gegen-einander“ getestet. Als Ergebnis zeigt sich, dass die „Dosis“ allein (Anzahl der Sitzungen, statistisch „bereinigt“ um den Effekt der Technik) das bessere Abschneiden der psychoanalytisch behandelten Patienten drei Jahre nach Behandlungsende nicht erklären kann, wohl aber die „Technik“ (selbst wenn sie um den Effekt der Dosis statistisch „bereinigt“ wird). Mit anderen Worten: Psychoanalytisch behandelte Patienten entwickeln sich nach Behandlungsende positiv weiter, *weil* in Psychoanalysen mehr psychoanalytisch interveniert wird, und nicht einfach, weil sie mehr Stunden bekommen (Zimmermann et al. 2014).

Solche Studien, die relevante Aspekte des Prozesses⁴ mit langfristigen Verläufen in Verbindung bringen, halte ich (neben den oben erwähnten Wirksamkeitsstudien mit der Psychoanalyse angemessenen Designs) für die Zukunft für immens wichtig. Hierbei bestehen allerdings häufig große Vorbehalte aufseiten vieler Analytiker, da solche Prozess-Outcome-Studien voraussetzen, dass die Sitzungen zumindest audio-grafiert werden, um sie hinterher von unabhängigen Ratern in Bezug auf bestimmte Aspekte einschätzen zu können. Hier werden dann die *persönlichen Stile* der jeweiligen Studientherapeuten sicht- beziehungsweise hörbar. Und das scheint vielen eher unangenehm zu sein. Der Verweis auf den dann möglicherweise nicht mehr so geschützten Rahmen oder auf die Forscher als „Dritte im Bunde“ ist natürlich

⁴ Natürlich wird mit diesen „process ratings“ nicht *der* psychoanalytische Prozess abgebildet, aber es können wichtige Aspekte des Prozesses erfasst werden.

wichtig und bedarf der kritischen Diskussion. Grundsätzlich ist das auf diese Weise Beforschtwerden allerdings meist weniger für die Patienten ein Problem als vielmehr für die Therapeuten. (Das lehrt mich zumindest meine mittlerweile langjährige Erfahrung in diesem Feld.) Und die patientenseitigen Fantasien über „die Forscher“ können meiner Erfahrung nach, analog beispielsweise der Bearbeitung von Fantasien bezüglich der Berichte an die Gutachter bei Verlängerungsanträgen, gut und auch gewinnbringend analytisch bearbeitet werden.

Selbstverständlich wird „die Psychoanalyse“ niemals „zur Gänze nach behavioralen Kriterien eingeschätzt werden“ (Mertens 2014, S. 127) können, auch ihre Wirkungen bei den Patienten nicht. Das hat aber meines Wissens auch niemand vor. Es geht bei der empirischen Wirksamkeitsforschung lediglich darum, einen Teilbereich der Wirkungen von psychoanalytischen Behandlungen zu erfassen, und dies eben mittels Methoden, die auch von Nichtpsychoanalytikern als relevant erachtet werden.

Beide Wissenskulturen, die der Psychoanalyse ebenso wie die, auf der die empirische Wirksamkeitsforschung basiert, haben ihre gleichwertige Berechtigung, beziehen sich aber auf vollkommen unterschiedliche Fragen/Wissensbereiche.

Literatur

- Ablon JS, Jones EE (1998) How expert clinicians prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychother Res* 8:71–83
- Ablon JS, Jones EE (2005) On analytic process. *J Am Psychoanal Assoc* 53:541–568
- Bateman A, Fonagy P (2008) 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry* 165(5):631–638
- Benecke C (2014) Klinische Psychologie und Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch. Kohlhammer, Stuttgart
- Benecke C, Tschiesner R, Boothe B, Frommer J, Huber D, Krause R, Staats H (2011) Die DPG-Praxis-Studie. Vorstellung des Studiendesigns zur Untersuchung von Langzeiteffekten psychoanalytisch begründeter Psychotherapien. *Forum Psychoanal* 27:203–218
- De Maat S, de Jonghe F, de Kraker R, Leichsenring F, Abbass A, Luyton P, Barber JP, Van R, Dekker J (2013) The current state of the empirical evidence for psychoanalysis: a meta-analytic approach. *Harvard Rev Psychiatry* 21:107–137
- Dührssen A, Jorswieck E (1965) Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung. *Nervenarzt* 36:166–169
- Freud S (1904) Die Freudsche psychoanalytische Methode. *Gesammelte Werke*, Bd. 5. Fischer, Frankfurt a. M., S 3–10
- Freud S (1912) Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. *GW*, Bd 8, S 376–387
- Freud S (1927) Nachwort zur Frage der Laienanalyse. *GW*, Bd 14, S 287–296
- Freud S (1933) Neue Folge der Vorlesung zur Einführung in die Psychoanalyse. *GW*, Bd 15
- Hayes AM, Castonguay LG, Goldfried MR (1996) Effectiveness of targeting the vulnerability factors of depression in cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol* 64:623–627
- Hilsenroth MJ, Ackerman SJ, Blagys MD, Baity MR, Mooney MA (2003) Short-term psychodynamic psychotherapy for depression: an examination of statistical, clinically significant, and technique-specific change. *J Nerv Ment Dis* 191(6):349–357
- Huber D, Zimmermann J, Henrich G, Klug G (2012) Comparison of cognitive-behavior therapy with psychoanalytic and psychodynamic therapy for depressed patients: a three-year follow-up study. *Z Psychosom Med Psychother* 58:299–316
- Kächele H, Caspar F (2012) Vom Studium negativer Effekte zur Pflege einer Fehlerkultur. In: Springer A, Janta B, Münch K (Hrsg) *Nutzt Psychoanalyse?! Psychosozial-Verlag, Gießen*, S 237–251

- Knekt P, Lindfors O, Laaksonen MA et al (2008) Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work ability and functional capacity – a randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders. *J Affect Disord* 107:95–106
- Knorr-Cetina K (2002) Wissenskulturen: Ein Vergleich naturwissenschaftlicher Wissensformen. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- Leichsenring F, Rabung S (2011) Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *Br J Psychiatry* 199, 15–22
- Leuzinger-Bohleber M (2013) „Wenn Depressive ihre Therapie wählen...“. Psychoanalytische und kognitiv-verhaltenstherapeutische Langzeittherapie bei chronischer Depression. Aktueller Stand der LAC-Studie. Vortrag auf der 64. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT). 27.–29. September 2013, Berlin
- Linden DE, Strauß B (Hrsg) (2013) Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- Margraf J (2009) Hintergründe und Entwicklung. In: Margraf J, Schneider S (Hrsg) *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Bd 1. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 3–46
- Mertens W (2014) Psychoanalyse im 21. Jahrhundert. Eine Standortbestimmung. Kohlhammer, Stuttgart
- Owen J, Hilsenroth MJ (2011) Interaction between alliance and technique in predicting patient outcome during psychodynamic psychotherapy. *J Nerv Ment Dis* 199(6):384–389
- Protz J, Kächele H, Taubner S (2012) Die Ambivalenz mit der Therapieforchung – Beweggründe und Erfahrungen von Psychoanalytikern. *Forum Psychoanal* 28(1):67–88
- Richter M (2012) Brauchen wir eine Neuropsychotherapie? *Forum Psychoanal* 28(1):27–49
- Sell C (2012) Die Wissenskultur der Psychoanalyse und ihre Differenz zur kognitiven Verhaltenstherapie. In: Gödde G, Buchholz MB (Hrsg) *Der Besen, auf dem die Hexe fliegt – Wissenschaft und Therapeutik des Unbewussten*, Bd 1: Psychologie als Wissenschaft der Komplementarität. Psychosozial-Verlag, Gießen, S 271–299
- Sell C (2013) Wissenskulturen: Überlegungen zur Unhintergebarkeit der Differenzen zwischen Psychoanalyse und kognitiver Verhaltenstherapie. Vortrag auf der 64. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT). 27.–29. September 2013, Berlin
- Yalom ID (1989) *Existenzielle Psychotherapie*. Edition Humanistische Psychotherapie, Köln
- Zimmermann J, Löffler-Stastka H, Alhabbo S, Bock A, Klug G, Huber D, Benecke C (2014) Is it all about high dose? Why long-term psychodynamic psychotherapy is an effective treatment for major depression. (under review in *Clinical Psychology & Psychotherapy*)

Cord Benecke, Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych., Jg. 1965; psychologischer Psychotherapeut, Psychoanalytiker. Professur für klinische Psychologie und Psychotherapie am Institut für Psychologie der Universität Kassel. Leiter der Forschungskommission der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft. Forschungsschwerpunkte: klinische Emotionsforschung, Psychotherapieforschung. Mitherausgeber dieser Zeitschrift. (Siehe zuletzt auch Hefte 2, 2011 sowie 4, 2013.)