

Psychodynamische Therapie – Herkunft, Stand und künftige Entwicklung

Sven Olaf Hoffmann

Schlüsselwörter

Psychodynamische Psychotherapie (PDT), Behandlungssetting, Therapietechnik, Wirkfaktoren, Therapieforschung, Zukunftsperspektiven

Keywords

Psychodynamic psychotherapy/therapy (PDT), treatment setting, therapy technology, effective factors, therapy research, future perspectives

Zusammenfassung

Die psychodynamische Psychotherapie (PDT) hat ihre Wurzeln in der Psychoanalyse. Formal fällt am stärksten die Reduzierung der Wochenstundenzahl auf meist eine, seltener zwei Sitzungen auf. Neben der klassischen Psychoanalyse entstand ein breites Feld von abgeleiteten Verfahren, die unterschiedlich bezeichnet wurden. Mit der Stundenfrequenz wurde auch deren Gesamtzahl reduziert, am deutlichsten bei der psychodynamischen Kurzzeittherapie (PDKT). Diese Therapieformen verlaufen meist im Sitzen, sind dialogischer und die Therapeuten aktiver. Regression wird eher vermieden. Der therapeutische Kontakt bleibt zwar asymmetrisch (Neutralität), wird aber partnerschaftlicher. Die Arbeit an Übertragung und Widerstand bleibt, wenn auch weniger intensiv, relevanter Bestandteil der modifizierten Therapietechnik. In der Versorgung der Bevölkerung steht weltweit die psychodynamische Therapie im Vordergrund, wenn psychoanalytisch orientierte Psychotherapie überhaupt eingesetzt wird. Der Stand empirischer Überprüfung hat sich deutlich verbessert, bedarf aber dringlich weiterer Studien. Es gibt eine Reihe von Metaanalysen, besonders auf der Basis Psychodynamischer Kurztherapien, die befriedigende Behandlungserfolge belegen. Die Zukunft der PDT wird durch die Fortführung guter Forschung und vor allem durch den Transfer von deren Ergebnissen in die Praxis bestimmt werden. In der Ausbildung erscheinen vor allem theoretische und methodische Beliebigkeit sowie merkantile Interessen der Institute von Nachteil.

Summary

Psychodynamic psychotherapy (PDT) has its roots in psychoanalysis. Formally, the reduction of the number of hours per week is usually the most obvious, to one rarely two sessions. In addition to classical psychoanalysis, a wide range of derived procedures has been developed which have been described differently. The overall frequency was also reduced by the hourly rate, most clearly in psychodynamic short-term therapy (PDKT). These forms of therapy are more dialogical and the therapists are more active. Regression is rather avoided. The therapeutic contact remains asymmetrical (neutrality), but becomes more in partnership. The work on transmission and resistance remains, although less intensively, a relevant component of the modified therapy technique. The level of empirical review has improved significantly, but urgently needs further studies. There are a number of meta analyses, especially on the basis of psychodynamic short-term therapies, which show satisfactory treatment success. The future of PDT will be determined by the continuation of good research and, above all, by the transfer of their results into practice. In particular, theoretical and methodological arbitrariness as well as mercantile interests of the institutes are a disadvantage.

Psychodynamic therapy – origin, status and future development

PDP 2017; 16: 60–72

Sigmund Freuds (1856–1939) Beginn als Psychotherapeut stand unter dem Einfluss seines älteren Wiener Nervenarzt-Kollegen Josef Breuer. Mit dessen Kathartischer Methode zunehmend unzufrieden, führte Freud im Laufe der letzten Jahre des 19. und der ersten des 20. Jahrhunderts eine Reihe von Konzepten ein, die das im Wesentlichen eigenständige Verfahren der Psychoanalyse definierten. Diese seien hier kurz aufsummiert, denn sie stellen die Grundvoraussetzungen der späteren Psychodynamischen Therapie dar.

Grundzüge des psychoanalytischen Verfahrens

Am wichtigsten war sicher der Entwurf des Unbewussten. Niemand hatte vor Freud neurotische Vorgänge mit unbewussten Prozessen in Zusammenhang gebracht. Das Unbewusste, so begriff Freud, ist nicht einfach deskriptiv strukturiert, sondern es muss eine dynamische Qualität haben, die Verhalten und Fehlverhalten motivieren kann. Die Psychoanalyse interessiert sich nur für diese dynamischen Anteile, weil sie das normale Verhalten auf der Basis unterstellter unbewusster Konflikte – in der Folge innere Wünsche und Verbote – stören können.

Diese unbewussten Konflikte sind deshalb nicht einfach aufzudecken, weil der Mensch dem einen Widerstand entgegenstellt. In der Psychoanalyse qua Therapie wird ein Doppelmotiv im Patienten erkennbar: Ein Teil der Person des Patienten will etwas aufdecken, gesund werden und zugleich sperrt sich ein anderer Teil gegen diese Aktivität, um sich Angst, Beschämung und Gewissensvorwürfe zu ersparen. Im Modell ist es der Kern der psychoanalytischen Arbeit, hier – in der Freudschen Sprache – mit der Fackel der Aufklärung Licht ins Dunkel zu bringen. Hinter dem Widerstand steht das weitere Konzept der Abwehr. Widerstand ist das, was sich von der Abwehr in der Therapie bemerkbar macht.

Ein drittes Kernkonzept nannte Freud die Übertragung. Wir verstehen bestimmte Vorgän-

ge in der therapeutischen Kommunikation besser, wenn wir unterstellen, dass sie nicht durch die aktuellen Determinanten (Personen), sondern durch solche einer älteren Wirklichkeit zutreffender zu erklären sind. Das meinte Green-son wenn er definiert: „Übertragung ist eine Wiederbelebung der Vergangenheit, ein Missverständnis der Gegenwart in Begriffen der Vergangenheit“ (1967, S. 28, Übs. SOH). In manchen Behandlungen steht die Arbeit an der Übertragung (des Patienten) und der Gegenübertragung (des Therapeuten) ganz im Vordergrund. Wir sprechen dann von einer Übertragungsneurose. Während soziale Übertragungen spontan auftreten, ist die Übertragungsneurose „ein Artefakt der psychoanalytischen Situation“ (Green-son a. a. O., S. 35). Ihre Entstehung ist intendiert und ihr Auftreten wird gefördert durch die Besonderheiten der psychoanalytischen Situation: Diese sind vor allem Neutralität und Abstinenz der Therapeuten, die liegende Behandlungsposition, die fehlende Sicht des Patienten auf den Therapeuten und die Frequenz mit mehreren Sitzungen (eigentlich Liegungen) in der Woche. Die so geförderte Regression begünstigt das Entstehen einer Übertragungsneurose, also das Wiedererleben des Dort und Damals der Biografie im Hier und Jetzt der therapeutischen Beziehung. Die Arbeit mit/in dieser Übertragungsanalyse wurde in der nachfreudschen Periode teilweise zum einzigen Kennzeichen psychoanalytischer Psychotherapie – auch wenn Freud selbst dabei variabler war.

Die therapeutische Arbeit des Psychoanalytikers bestand dann im Kern darin „dem Patienten zuzuhören und Deutungen zu formulieren“ (Eissler 1953). So lautet eine Kodifizierung des Verfahrens in der Mitte des letzten Jahrhunderts. Als formales Kernmerkmal der klassischen Psychoanalyse entwickelte sich die Frequenz der Sitzungen: wer seine Patienten drei- bis fünfmal in der Woche sah – das musste ein Psychoanalytiker sein.

Die Sitzungsfrequenz – ein gutes Merkmal zur Unterscheidung?

Das sinnvollste inhaltliche Kriterium zwischen Psychoanalyse und von ihr abgeleiteter Verfahren zu unterscheiden, wäre eigentlich die Entstehung eines psychoanalytischen Prozesses. Das heißt, dass der Analysand in eine spezifische Form der freien Assoziation, der Reflektion, der Arbeit hineingerät und die Person des Analytikers dabei eine charakteristische Projektionsfläche darstellt. Das Problem dabei ist aber, dass dieser Vorgang von außen schwer zu objektivieren ist. „Die ‚analytische Situation‘ verträgt keinen Dritten“ hatte schon Freud (1926, S. 211) dekretiert.¹ Wie oft ein Patient zu den Liegungen geht, kann man hingegen leicht feststellen. So kam es dazu, dass der Stundenfrequenz bis heute eine Diskriminanzfunktion für die Unterscheidung von Psychoanalyse und dem ganzen Rest der Verfahren, die sich in irgendeiner Form auf Freud berufen, zugeschrieben wird.

Schaut man einmal auf die Entwicklung der Wochenstundenzahl, dann überrascht, dass die Reduzierung der Sitzungsfrequenz schon zu Freuds Lebzeiten begann und dies völlig ideologiefreien. Freud hatte an sechs Wochentagen jeweils dieselben Patienten/Lehranalysanden gesehen. Die Umstände, warum Freud auf 5 Wochenstunden reduzierte, sind uns bekannt. A. Kardiner berichtet sie in seinem Buch „My Analysis With Freud“ (1977, dt. 1979): Zusammen mit ihm seien aus den USA sechs Lehranalysanden in Wien angereist, aber nur fünf Plätze hätten zur Verfügung gestanden – offensichtlich ein Organisationsfehler. Sie erhielten statt der bisher sechs üblichen Wochentermine derer nur noch fünf. Für Freud blieb so die Arbeitsbelastung gleich. Bereits bei dieser ersten Modifikation der Stundenfrequenz tauchte bereits die Idee auf, dass eine geringere Zahl an Sitzungen auch weniger wert sei: Kardiner hält süffisant fest, dass die Engländer, die die ohnehin beliebteren Mor-

genstunden bei Freud fest besetzt hielten, natürlich ihre sechs Wochenstunden behielten. Die Yankees aus der neuen Welt mussten nehmen, was übrig blieb. Und so ungeplant, eigentlich mehr nach individuellen Bedürfnissen von Therapeuten und Patienten und äußeren Gegebenheiten sank die Wochenstundenzahl auch weiter.

Heute werden klassische Psychoanalysen meist mit drei, nur noch selten mit vier Wochenstunden durchgeführt. In der Patientenversorgung dominieren in allen Statistiken bei Weitem Behandlungen mit einer oder zwei Liegungen pro Woche, die mehrheitlich auch zu Sitzungen wurden. Um diese Behandlungen mit überwiegend einer Wochenstunde geht es in der vorliegenden Übersicht. Sie betreffen zahlenmäßig die größte Gruppe von Patienten in Deutschland. Kelman (1945) und Greenberg (1986) publizierten im Abstand von 20 Jahren unter dem gleichen Titel „Analyse mit einer Wochenstunde“ („Analysis once a week“) ein längerfristiges Verfahren, das beanspruchte, sich nah an den klassischen Behandlungsprinzipien zu bewegen: Die Patienten lagen zumindest teilweise während der Stunden auf der Couch. Hinsichtlich der Entstehung eines psychoanalytischen Prozesses fasst Greenberg zusammen: In einer geringeren Anzahl der Fälle komme es tatsächlich zu etwas, was man einen psychoanalytischen Prozess nennen könne, in der Mehrzahl der Fälle hingegen nicht. Stundenfrequenz und analytischer Prozess sind also nicht unabhängig voneinander. Aber es ist keine Frage, dass Therapien mit einer Wochenstunde sogar in der Form von Kurztherapien eindeutig belegbare Wirkungen haben. Noch einmal anders ausgedrückt: nicht nur die Psychoanalyse ist hilfreich.

Kelman oder Greenberg waren nicht zufällige Vertreter der amerikanischen Neo-Psychoanalyse. Tatsächlich wurde von diesen, der klassischen Psychoanalyse weniger eng verpflichteten Therapeuten, deutlich mehr Variationen – gleichermaßen in Theorie und Praxis – realisiert als von den „Freudianern“. Einer der bekanntesten Autoren dieser Gruppe war H. S. Sullivan (1892–1949), der mit seiner „Interpersonalen

¹ Dieses Dekret hatte für das gesamte Forschungsverständnis der Psychoanalyse über lange Zeit einen ausgesprochen behindernden Einfluss.

Theorie“ in den USA zahlreiche Psychiater beeinflusste. Ähnliches gilt für F. Alexander und E. Fromm (einen der Lehrer Sullivans). Ein von R. Funk (2009) edierter Band, zeigt beispielsweise E. Fromm als sehr patientenzentrierten, überraschend aktiven und direkten („So etwas wie Höflichkeit kennt das Unbewusste nicht“ S. 129) Psychotherapeuten bei der Arbeit. Leider gibt es wenige Darstellungen, welche die Therapievarianten eines Autors so konkret verfolgen lassen, wie diese Zusammenstellung der Berichte von Schülern und Patienten Fromms.

Psychodynamische Therapie – ein sinnvoller Oberbegriff

International hat sich der Begriff der psychodynamischen Psychotherapie (PDT) durchgesetzt, um die verschiedenen von der Psychoanalyse kommenden und eigenständig gewordenen Verfahren zu beschreiben. Schon in der 4. Auflage des maßgeblichen Psychotherapiehandbuchs von Bergin und Garfield (Hg.: 1994) heißt es nur noch summarisch „psychodynamic approaches“ (worunter sie auch die Psychoanalyse einschlossen). In der 5. Auflage (Hg.: Lambert 2004) entfallen die psychoanalytischen Ansätze als eigenständiges Kapitel ganz – die empirische Forschung wird offensichtlich als unzureichend gesehen. Der Psychodynamischen Therapie wird jedoch im Übersichts Kapitel bescheinigt, dass sie eine intensive Psychotherapieforschung, die von der Psychoanalyse abgrenzbar sei, aufgenommen habe (Lambert, Garfield, Bergin 2004, S. 812). Diese Prognose, was die Therapieforschung angeht, hat die PDT seither in beeindruckender Form realisiert. So sind in der 6. Auflage des Handbuchs (Hg.: Lambert 2013) die „Dynamic Therapies“ wieder aufgenommen und ihre Wirksamkeit wird als relevant bewertet.

Eine Definition (modifiziert nach Hoffmann 2000) kann folgendermaßen aussehen: Die psychodynamische Therapie (PDT) bzw. die psychodynamischen Verfahren stellen Ableitungen von oder Modifikationen der psychoanalytischen Therapie dar. Die Konzepte des dynami-

schen Unbewussten, der Abwehr, der Übertragung und der Gegenübertragung sind auch bei ihnen gültig, kommen aber in der Therapie in unterschiedlicher Weise zum Tragen. Die unterscheidbaren Therapietechniken sind stärker symptomorientiert, intendieren einen Gewinn an Zeit oder an Sitzungsaufwand, enthalten übende und supportive Elemente und fördern regressive Prozesse nur ausnahmsweise. Die Wandlung der Therapeut-Patient-Beziehung hin zu einer stärker partnerschaftlichen – bei gleichzeitiger Wahrung der Neutralität – scheint ein zentrales Element dieses Wandels. Eine psychodynamische Therapie gelangt auch in jenen Fällen zur Anwendung, in denen eine längerfristige therapeutische Beziehung erforderlich ist.

Unter diesen großen Schirm lassen sich die meisten psychodynamischen Kurzzeittherapien (PDKT), wie sie Malan (1963) als einer der Ersten systematisch untersucht hat, und die Fokalt herapie nach Balint (Balint et al. 1972, dt. 1973) einordnen. Eine Kurzzeittherapie der dritten Generation, weil sie bereits über Behandlungsmanuale verfügt, ist die Supportiv-expressive Therapie nach Luborsky (SET) – die meistgeprüfte psychodynamische Kurzzeittherapie überhaupt (Leichsenring u. Leibing 2007). Auch die dynamische Therapie von Dührssen (1972) oder die niederfrequente Langzeittherapie (Hoffmann 1983) gehören hierhin. Verbreitet war auch der Begriff „psychoanalytisch orientierte Psychotherapie“. Andere Bezeichnungen für ähnliche Verfahren sind „einsichtsorientierte psychoanalytische Psychotherapie“ oder „konzentrierte Psychotherapie auf psychoanalytischer Grundlage“. Die Reihe ließe sich fortsetzen. Heute sind in Deutschland die „Strukturbezogene Psychotherapie“ (Rudolf 2006, 2. Aufl.) und international die Mentalisierungsbasierte Psychotherapie (Allen u. Fonagy, Eds., 2006) von besonderer Aktualität. Schließlich gehört auch die „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ (Heigl-Evers und Heigl 1984; Wöller u. Kruse 2010) hierher, die es aber nur in der deutschen Richtlinienpsychotherapie gibt. Kein Angelsachse wüsste mit dem Begriff etwas anzufangen.

Hoffmann und Schüller (1999) unterscheiden zwei große Tendenzen in der PDT, den konfliktorientierten und den supportiven Ansatz. Beide können in derselben Psychotherapie zum Tragen kommen, aber sie können auch der Grundakzent jeweils unterscheidbarer dynamischer Therapieformen sein. Es ist gut daran zu erinnern, dass auch die Qualität rein supportiver Interventionen wächst, wenn der Therapeut über ein klares Konzept der emotionalen Konflikte seines Patienten (und seiner Struktur) verfügt. Der therapeutische Arbeitsbereich der PDT-Verfahren bewegt sich in einem Dreieck, das in seinen Endpunkten „durch die symptomatische interpersonelle Situation, die durch das dazugehörige soziale Feld mit seinen Interaktionsmustern sowie durch die aktuelle interpersonelle Beziehung Patient/Therapeut gekennzeichnet ist“ (Heigl-Evers et al. 1997, S. 158). Im Mittelpunkt der PDT besteht demnach eine Zentrierung der Aufmerksamkeit auf die soziale Situation bei Symptombeginn, die aktuellen sozialen Beziehungen und die aktuelle Beziehung zwischen Patient und Therapeut (Übertragung, Gegenübertragung). Das gleicht in vielem den „Dimensionen“ im kurzzeittherapeutischen Modell von Luborsky (1984).

Intensität und Dauer der Psychodynamischen Therapieformen

Durch die leidige Diskussion der Sitzungsfrequenz waren die Faktoren der Gesamtdosis an Stunden und der Dauer der Therapie deutlich aus dem Blick geraten. Lambelet und Beck (1972) schrieben in einer der ersten Studien zur Psychodynamischen Kurztherapie (PDKT), dass aus ihrer Sicht unabhängig von der Sitzungszahl kaum eine Behandlung sich als wirksam erwies, die nicht mindestens ein Jahr angedauert hatte. Bei einer Wochenstunde kommt man mit Feiertagen, sowie den Urlauben von Patient und Therapeut, auf rund 40 Sitzungen – also etwas länger als 30 Stunden Kurzzeittherapie². Damit kä-

me man auch in die Größenordnung, die Lambelet und Beck früh als Meilenstein markiert hatten. Veränderung braucht nicht nur Intensität, sondern auch Zeit.

Für 80 Sitzungen im Jahr, das wären zwei in der Woche, gibt es fraglos sinnvolle Indikationen. Nur von der doppelten Dosis jedoch anzunehmen, dass dann auch der Erfolg doppelt so gut sei, wäre naiv. Solche Gesetzmäßigkeiten gelten nicht einmal für Medikamente, aus deren Welt diese Begrifflichkeit stammt. Therapien mit 80 bis 100 Sitzungen fallen wissenschaftlich in den Bereich mittelfristiger Psychodynamischer Therapie. Es ist zugleich von der Methode her die wichtigste und von der Anwendung her die häufigste Form der PDT, die in Deutschland praktiziert wird. Bleibt man bei der bevorzugten Frequenz von einer Wochenstunde, dann sind so Behandlungen von 2,5 Jahren Dauer möglich. Man kann die Sitzungen verdichten und entzerren, was eine sehr sensible Individualisierung und Prozessorientierung der Therapie ermöglicht. Der eine profitiert mehr von diesem, der andere von jenem.³ Die Analytische Psychotherapie der kassentherapeutischen Versorgung kommt der Psychoanalyse hinsichtlich der höheren Frequenz (meist zwei Wochenstunden) und des Stundenkontingents (240+) natürlich näher. Aber auch hier ist es heute möglich, die Stundenfrequenz „auszudünnen“ und vor allem bei Persönlichkeitsstörungen über Jahre die Zeitdauer der Therapie zu ermöglichen, die diese Patienten fast regelhaft benötigen.

Was hat sich gegenüber der Psychoanalyse behandelungs-technisch verändert?

Folgende „Essentials“ der Behandlungstechnik aller Therapien mit niedriger Wochenstundenfrequenz – soweit bei ihnen, wie erörtert, eher kein psychoanalytischer Prozess zustande kommt – lassen sich herausstellen:

² In den gesetzlichen Psychotherapierichtlinien sind es nur 25 Sitzungen, zu denen aber noch bis zu fünf Vorgespräche kommen.

³ So gesehen ist der kassentechnische Begriff der „Langzeittherapie“ nicht eigentlich falsch, obwohl man ihn lieber für die Psychoanalyse reserviert sähe.

- Den vorbereitenden Sitzungen muss umso größere Aufmerksamkeit geschenkt werden, je kürzer die geplante Therapie ist. Eine sorgfältige Anamneseerhebung, insbesondere der biografischen, sozialen und Symptomvorgeschichte ist unerlässlich. Fragebögen können diese initiale Begegnung von Patient und Therapeut nie ersetzen. Der Patient muss über die Art seiner Erkrankung und der vorgesehenen Therapie aufgeklärt werden, und es müssen unerwünschte Wirkungen der Behandlung, insbesondere interkurrente Verschlechterungen und die Partnerschaft betreffend, angesprochen werden. Für die Etablierung einer „helfenden Beziehung“ (Luborsky 1984), die einen guten Behandlungserfolg wahrscheinlich macht (Barber et al. 1999), ist der Eindruck, den der Patient in den ersten Gesprächen vom Therapeuten gewinnt, kaum zu überschätzen. Der Erfolg vieler kürzerer und wohl auch vieler mittelfristiger Therapien entscheidet sich sehr früh. Dem Verhalten, den Äußerungen und dem für den Patienten wahrnehmbaren Interesse des Therapeuten kommt dabei offenkundig die wichtigste Bedeutung zu.
- In den Vorgesprächen geschieht auch regelmäßig eine Festlegung des Behandlungsziels. Allein die Tatsache, dass vom Patienten hier eine Festlegung erwartet wird, und sein Umgang mit dieser Erwartung vermitteln wertvolle prognostische Einschätzungen. Eine erste Korrektur unrealistischer Therapieziele wird dadurch möglich.
- Bei allen fokussierten Therapien – das ist die PDKT in der Regel – erfolgt in den Vorgesprächen auch eine Festlegung des Behandlungsfokus. Therapieziele sind eher ergebnis-, Fokussetzungen eher arbeitsorientiert. So kann etwa das Schwinden einer bestimmten Angstsymptomatik das Therapieziel darstellen. Der Therapiefokus könnte dagegen auf der Arbeit an einem zuvor besprochenen, repetitiven interpersonellen Konflikt liegen, wie das etwa in der Supportiv-expressiven Therapie nach Luborsky regelmäßig der Fall ist.
- Die Therapiesitzungen sind strukturierter als bei der Psychoanalyse. Das gilt sowohl für die vorrangige Beachtung bestimmter Inhalte als auch einer verbindlichen zeitlichen Struktur. Bei vielen manualisierten Verfahren sieht dies folgendermaßen aus: Vorbereitung, Einleitungsphase, Bilanzsitzung, Mittelphase, Bilanzsitzung, Beendigungsphase, Bilanzsitzung, „nachsorgende“ Sitzungen.
- Neben der je nach Therapieform wechselnden Strukturiertheit enthält jedoch jedes psychodynamische Setting regelhaft auch Freiräume, in denen Einfälle, freie Assoziationen, Wünsche und Fantasien, Träume und andere Inhalte zum Thema werden können.
- Der Therapeut verhält sich in unterschiedlichem Ausmaß, jedoch nicht ausschließlich, aktiver und ist nur bei bestimmten Zielen direktiv, insbesondere, wenn es darum geht, den Patienten vor sich selbst zu schützen. Eine besondere Form der therapeutischen Aktivität stellte die Aufforderung zur selbstgesteuerten Exposition gegenüber den auslösenden Situationen bei Angstpatienten dar (Hoffmann 2016). Dies entspricht Freuds (1919) Ausführungen zur „neuen Aktivität“.
- Ein Teil der therapeutischen Aktivität gilt der möglichst frühen Herstellung einer therapeutischen Ich-Spaltung. Es geht dabei um die Ausbildung der Fähigkeit zur Trennung eines „beobachtenden“ von einem „erlebenden“ Ich-Anteil. Teils kann dies über Erklärungen an erlebten Beispielen verdeutlicht werden. Es gibt aber auch diesbezügliche Techniken, etwa das „Bühnen-Paradigma“. Hier wird der Patient aufgefordert, sich die berichtete und von ihm erlebte Szene doch einmal auf einer Bühne vorzustellen und dabei die Rolle des beobachtenden Zuschauers einzunehmen.
- Die verbale Interaktion verläuft in der PDT in der Tendenz eher dialogisch als monologisch. Der Patient äußert sich infolge der strukturierenden Vorgaben eher themenbezogen als assoziativ. Beides hängt aber stark von den Eigenarten des Patienten ab, und gerade hier gibt es breite Variationen.
- Bei den Interventionstechniken stehen Konfrontation und Klärung (im Sinne Greensons 1967) neben supportiven Einlassungen im

Vordergrund. Die klassische Deutung wird, wo Fortschritt versprechend, gezielt eingesetzt, aber nicht forciert. Rekonstruktionen werden insbesondere in der PDT kaum verwendet. Auf die richtige Zeitwahl für die Interventionen wird geachtet.

- Der Rückgriff auf biografisches Material („dort und damals“) hat neben der Arbeit am aktuellen Geschehen („hier und jetzt“) Bedeutung. Ob er breiteren oder geringeren Raum einnimmt, ist ebenfalls individuell unterschiedlich.
- Unbewusste Motive sind in jeder PDT von Bedeutung, auch wenn sie möglicherweise wenig oder gar nicht angesprochen werden. Das ist insbesondere bei kürzeren Therapien der Fall. Die Interventionen des Therapeuten gewinnen an Präzision, je besser sein Verständnis des Unbewussten des Patienten zutrifft. Der Therapeut sollte viel mehr vom Patienten verstehen, als er verbalisiert.
- Interventionen zur Übertragung sind in der PDT in zweifacher Hinsicht bedeutsam: 1. für die Milderung oder Aufhebung von Therapiehindernissen im Patienten („Übertragungswiderstände“) und 2. für die Förderung der therapeutischen Arbeit („Arbeitsbündnis“; auch „helfende Beziehung“ s.u.). Es besteht keine Frage, dass eine leicht idealisierende oder positive Übertragung für den Patienten die unvermeidliche Belastung der Therapie mildert und das Arbeitsbündnis teilweise erst belastbar macht (Freud 1937). Insgesamt wird die Entstehung der Übertragungsneurose – ein Artefakt der Therapie – nicht gefördert. Die ganze Therapiekonzeption der PDT versucht eine Regression des Patienten eher zu verhindern als zu begünstigen. Auch für weitgehende Therapieerfolge ist diese gesichert keine Vorbedingung.
- Die Wahrnehmung der Gegenübertragung hilft zum Verständnis der Übertragung des Patienten und seines Stands (Verfasstheit) in der Behandlung. Sie stellt auch in der PDT eine wichtige Basis für die eingesetzten Interventionen dar, wird aber nur ausnahmsweise reflektiert geäußert. Das kann vor allem bei störenden Wahrnehmungsverzerrungen des Patienten der Fall sein, die häufig auf eine weitergehende strukturelle Störung hinweisen. Die Schäden einer aus der spontanen Gegenübertragung gegebenen Deutung können größer als ihr Nutzen sein.
- Schließlich bleibt auch die neutral-abstinente Haltung des Therapeuten in der PDT für den Therapeuten verpflichtend (das Setting bleibt diesbezüglich auch hier „asymmetrisch“), aber der partnerschaftliche Aspekt (Interventionen in der „Wir-Form“) ist deutlich ausgeprägter als in der Psychoanalyse. Der Patient trifft auf ein konkretes Gegenüber, an dessen Verhalten er sich orientieren kann. Warum der Therapeut kein Alltagsverhalten zeigt, ist ihm erklärt worden.
- Eine Basistugend jedes Therapeuten muss die Möglichkeit darstellen, zwischen verstehender Empathie einerseits und abgrenzender Struktursetzung (meist Realitätskonfrontation) andererseits zu oszillieren. Das eine ist ohne das andere psychotherapeutisch nicht von Wert. Das bedeutet, dass der Behandler sich auf der einen Seite in den Patienten einfühlen, ihn begleiten und ihn in seinem Leid verstehen können muss. Auf der anderen Seite muss derselbe Behandler in der Lage sein, dem Patienten direkt zu zeigen, was er tut, wie er auf andere wirkt und welche Konsequenzen beispielsweise sein (neurotisches) Handeln haben kann. Dabei handelt es sich um eine in der PDT unverzichtbare Aktivität. Das eine mag der Patient in der Regel, das andere in der Regel nicht. Für eine gute Therapie ist beides unerlässlich. Das ist von Rudolf (2006) für seine „strukturbezogene Psychotherapie“ sehr anschaulich so formuliert worden, dass sich der Therapeut hinter den Patienten (das ist stützend), neben ihn (begleitend) und ihm gegenüber (konfrontierend) stellen könne. Die eindrucksvolle Räumlichkeit des Bildes ist trotz ihrer Augenfälligkeit niemandem vor G. Rudolf eingefallen.
- Eine persönliche Anmerkung gilt dem Umgang mit dem Widerstand in der PDT. Dass der

psychodynamisch arbeitende Therapeut Widerstände des Patienten früh erkennt, sichert ihm meiner Erfahrung nach einen besonderen Vorteil gegenüber alternativen Therapieformen. Gerade durch die Möglichkeit, Widerstände (und besonders übertragungsbezogene) anzusprechen und aufzulösen, ist oft ein erheblicher Zeitgewinn möglich. Auch der flexible Umgang mit Widerständen – man kann beispielsweise Widerstände auch einfach „ruhen lassen“, „umschiffen“ oder „neutralisieren“ – begünstigt oft den Therapiefortschritt.

- Schließlich: Mehr als bei den höherfrequenten Behandlungen verläuft die therapeutische Arbeit in der PDT zwischen den Sitzungen. Wenn die Patienten berichten, dass sie außerhalb der Stunden in Gedanken mit dem Therapeuten „sprächen“, seine Einlassungen „hörten“ und darauf „antworteten“, spricht dies für einen in Gang gekommenen therapeutischen Prozess. Ein entscheidender Vorteil dabei ist die Einübung der therapeutischen Ich-Spaltung (siehe oben). Der innere Dialog mit dem Therapeuten ist ein Hinweis auf eine gut laufende Therapie. Je früher er in Gang kommt, desto prognostisch günstiger wird der Verlauf vermutlich sein.

Was wirkt in der analytischen Psychotherapie?

Darüber gibt es eine nicht sonderlich große Literatur. Freud meinte: „Es muss wohl die Ersetzung des Unbewussten durch Bewusstes, die Übersetzung des Unbewussten in Bewusstes sein, wodurch wir nützen“ (1917, S. 451). Den Ausschlag bei diesem Vorgang gebe für den Patienten aber nicht „seine intellektuelle Einsicht ...“, sondern einzig sein Verhältnis zum Arzt“ (S. 463) – das ist die in der Übertragung belebte emotionale Beziehung. Freud sah also weniger kognitive Prozesse am Werk – auch wenn er die Psychoanalyse gelegentlich als „Nacherziehung“ bezeichnet hatte – als vielmehr emotionale, die sich nach seinem Verständnis am intensivsten in der Übertragungsbeziehung entwickeln. Dass der Beziehung zum

Therapeuten eine besondere Bedeutung über die Übertragung hinaus zukommt, hat Freud wohl verstanden, aber nicht mehr systematisiert.

Franz Alexander (1950) begriff die Bedeutung des Kontrasts der Therapiebeziehung mit einem interessierten, zugewandten, dabei offenen, ausgeglichenen, um Neutralität bemühten Partner, zu allen anderen sozialen Beziehungen. Nach seiner Meinung stelle schon dieses ‚Alleinstellungsmerkmal‘ per se eine therapeutische Wirksamkeit dar. Der Patient habe so erstmals eine Chance zu einer „korrigierenden emotionalen Erfahrung“ (Alexander und French 1946), dies umso mehr, je besser der Therapeut sich zwischen den Klippen von Widerstand und Übertragung bewegen könne. Freud hätte gesagt, dass der Patient so die Chance erhalte, Probleme zu erinnern und nicht zu wiederholen. Die Bedeutung dieser Möglichkeit zur Neuorientierung sei kaum zu überschätzen, schreibt Alexander (1950).

Einen weiteren Aspekt der Therapiebeziehung systematisierte dann Lester Luborsky (1984). Es geht hier darum, dass der Patient die Person des Behandlers so erlebt, dass dieser in der Lage und willens sei ihm zu helfen; also das Erlebnis einer therapeutischen Haltung und Fähigkeit. Luborsky hat viel mit diesem Konzept gearbeitet und die Bedeutung der „helping alliance“ sowohl für den Therapieverlauf als auch für die Voraussage des Therapieergebnisses gesichert. Das war schon angesprochen worden. Je mehr der Patient den Therapeuten als hilfreich erlebt und versteht, desto besser ist sein therapeutischer Erfolg. Diese Haltung kann vom Therapeuten natürlich gefördert werden und sie etabliert sich regelhaft früh in der Beziehung. Sie ist gewissermaßen der Sonderfall einer milde idealisierenden positiven Übertragung.

Vermutlich erzielt der bekannte Irving Yalom in seiner eigenen Therapietechnik besonders mit einer frühen Etablierung einer helfenden Beziehung seine Erfolge (Yalom 2015, „Und alles ist vergänglich“). Das Verständnis der Therapiewirkung hat also in der Psychoanalyse wie in der PDT entscheidend mit Emotionen und Beziehungen zu tun. Es lässt sich auch denken, dass die Etablierung der Helfenden Beziehung so et-

was wie einen Boden darstellt, auf dem die therapeutischen Interventionen dann die Chance erhalten zu wirken (Barber et al. 2013). Persönlich stelle ich mir aber den Zusammenhang konkreter, hier im Sinne einer Identifizierung mit dem „guten Therapeuten“ vor.

Dass der Identifizierung mit dem Therapeuten und seiner Art, die belastenden inneren Konflikte so ganz anders zu betrachten, eine entscheidende therapeutische Wirkung zukommt, ist schon in den frühen 30er Jahren angenommen worden. Damals benannte der Ich-Psychologe Richard Sterba (1934) die Identifizierung mit dem Therapeuten als ein entscheidendes Agens der Therapiewirkung. Sterba präzierte, dass gerade die Therapeutische Ich-Spaltung, also die Fähigkeit den beobachtenden Teil des Ichs vom erlebenden Teil abzugrenzen, wesentlich der Identifizierung mit dem Psychoanalytiker verdankt sei. Der realitätsorientierte Teil des Ichs wird auf diese Weise zuungunsten des neurotisch erlebenden Teils gestärkt und wächst in der Therapie kontinuierlich. Fraglos ein wichtiger Wirkfaktor der Therapie, der genau wie die anderen durch eine angepasste Behandlungstechnik gezielt gefördert werden kann. Sterba und der Jahrzehnte jüngere Luborsky empfehlen hier in gleicher Weise den gezielten Einsatz der Anrede mit ‚Wir‘. Wie schon zu erwarten, wird in der PDT sehr viel mehr mit dem ‚Wir‘ („Wie wir gesehen haben ...“) als in der Psychoanalyse gearbeitet.

Ein weiterer Wirkfaktor liegt schließlich in der Veränderung des Selbstbildes. Ein wesentliches Ergebnis aller psychodynamischen Verfahren geht in Richtung eines neuen Selbstverständnisses des Patienten, der unbewusste Inhalte, Irrationales oder Triebhaftes als Teil seiner Person, als ihr zugehörig erfahren hat. Indem sich seine Toleranz gegenüber der eigenen Person auf diese Weise erhöht, wandelt sich seine Anfälligkeit gegenüber Rückfällen und psychosozialen Belastungen. Indirekt wird hier auch die ‚Sinnfrage‘ berührt, die viele Patienten beschäftigt, eigentlich aber ein Humanum ist. Zum Sinn des Lebens vermag auch die beste Psychotherapie nichts beizutragen, sehr wohl aber zu Dingen, denen der Patient in seinem Leben Sinn zusprechen kann.

Wirkt die Psychodynamische Therapie überhaupt?

In der Vergangenheit haben sowohl Psychoanalytiker klassischer Praxis als auch die Vertreter konkurrierender Therapieverfahren, vor allem Verhaltenstherapeuten, eine anhaltende Wirkung der PDT einfach bestritten. Die einen hielten es für unmöglich, dass angesichts ihres eigenen Therapieaufwands mit der Psychodynamischen Kurztherapie (PDKT) überhaupt stabile Behandlungserfolge zu erreichen seien, die anderen hatten die an den Psychologischen Fakultäten gelehrt Grundüberzeugung, dass es neben der CBT keine wirksame Therapie geben könne, unkritisch verinnerlicht. „Omniszienz“ der Psychoanalyse und „Omnipotenz“ der Verhaltenstherapie standen sich ohne jede Selbstkritik gegenüber. Die Psychoanalyse war an dieser unglücklichen Situation nicht unschuldig: Sie beanspruchte seit Freuds Zeiten aufgrund ihrer schwer erfassbaren Besonderheiten sich allein selbst validieren zu können und nicht den allgemeinen Gesetzen von wissenschaftlicher Prüfung unterworfen zu sein. Habermas (1968) hatte von erkenntnistheoretischer Seite erklärt, dass Freud einem „szientischen Selbstmissverständnis“ unterlegen sei, als er die Psychoanalyse zu einer „Naturwissenschaft des Seelischen“ erklärt habe. Das stellte für Jahrzehnte die Befreiung von jeder Bemühung um Belege der Gültigkeit der eigenen Theorie dar, die dann gleich die fehlende Bemühung um die Validierung der Therapie mit exkulierte. Aber auch hermeneutische Theorien und Methoden bedürfen natürlich der Validierung.⁴ Und alle Formen

⁴ Genau genommen, hatte Habermas (1968) die Psychoanalytiker gar nicht von einer Validierungsverpflichtung entbunden. Es sah die Validierung als über die hermeneutische Methode in sich machbar. Die „Gewissenhaftigkeit phänomenologischer Deskription“ allerdings, wie sie Gadamer gefordert hatte (1960, zit. nach 2010, 7. Auflage, S. 5), fand sich in der Psychoanalyse kaum. Spekulative Phantasie dominierte weiterhin. Eine umfangreiche und gründliche Untersuchung der psychoanalytischen Theorie durch den Wissenschaftstheoretiker Sulloway (1979, dt. 1982) bestätigte eher die Selbstsicht Freuds. Sulloway („Freud, Biologist or he Mind“) verstand Freud als im Wesentlichen bei den naturwissenschaftlichen Erklärungsmodellen verblieben, die ihn in seinen jungen Jahren geprägt hatten.

von Psychotherapie, die innerhalb des Gesundheitswesens ausgeübt werden, bedürfen des Wirkungsnachweises allemal. Weder mitmenschlicher Trost noch Gesundbeten sind anerkannte Therapieverfahren, was nicht ausschließt, dass viele Menschen sie als hilfreich erleben.

Abbass et al. (2006) und Abbass et al. (2009) hatten in Metaanalysen eine ausreichende Wirkung von PDT bei psychischen und körperlichen Störungen wahrscheinlich gemacht. Ein neueres eindrucksvolles Ergebnis stellt die Sophonet-Studie von Leichsenring et al. (2013) dar. 500 Patienten mit sozialer Angst wurden randomisiert der Kognitiven Verhaltenstherapie (CBT) und der Psychodynamischen Kurztherapie (PDKT) sowie zusätzlich einer Gruppe Unbehandelter zugewiesen und mit vergleichbaren Therapiedosen und identischen Kontrollinstrumenten auf beiden Therapiearmen behandelt. Beide Therapieanwendungen waren manualisiert, d. h. die Therapeuten taten das, was sie zu tun behaupteten. Zusätzlich wurden die Effekte der Therapie nach 12 und 24 Monaten nachkontrolliert. Wie waren die Leistungen der PDT unter diesen strengen Bedingungen? Beide Therapiearme erwiesen sich gegenüber den Unbehandelten als hochwirksam, die CBT in zwei der Zielkriterien besser, wenngleich der Unterschied nicht sehr hoch ausfiel. Die Wirkung der Behandlung stieg in der Katamnese für beide Verfahren weiter an, was für die PDT auch in anderen Untersuchungen schon beschrieben worden war (Abbass et al. 2006). Nach zwei Jahren gab es keine signifikanten Unterschiede mehr in den Therapieergebnissen von PDT und CBT (Leichsenring et al. 2014).

Eine andere metaanalytische Untersuchung von Keefe et al. (2014) fasste die Ergebnisse von 14 RCT-Studien bei Patienten (n=1073) mit unterschiedlichen Angsttypen zusammen. Die Autoren kamen zu folgendem Ergebnis: „Über alles erwies sich die PDT als genauso wirksam, wie jede andere aktive Therapie, die für Angststörungen geprüft wurde“ (Keefe et al. 2014, S. 309). Breiter angelegte aktuelle Metaanalysen, bei denen die Wirksamkeit von PDT bei unterschiedli-

chen psychischen Störungen untersucht wurde, kamen zu vergleichbar günstigen Einschätzungen. Zu nennen sind hier die hochrangig publizierten Untersuchungen von Leichsenring et al. 2015a im *Lancet Psychiatry* („We identified 64 randomised controlled trials that provide evidence for the efficacy of PDT in common mental health disorders. Studies sufficiently powered to test for equivalence to established treatments did not find substantial differences in efficacy.“ a. a. O, S. 648) und Leichsenring et al. 2015b (39 einbezogene RCT-Studien). Dennoch bleibt noch viel zu tun – diese Aussage ist in gleicher Weise trivial wie zutreffend.

Wie kann/sollte die Entwicklung der Psychodynamischen Therapie weitergehen?⁵

Für eine befriedigende Entwicklung wären meines Erachtens zwei Punkte Voraussetzung: gute Forschung und der Transfer ihrer Ergebnisse in die Praxis.

1. Man darf die Augen nicht vor der Tatsache verschließen, dass bisher gute Forschung weder direkt noch indirekt zu besserer Praxis führt. Die Aufgabe von guter Forschung wird künftig auf zwei Ebenen liegen müssen. Einerseits müssen weiter Ergebnisstudien durchgeführt werden, denn die Forschungskriterien werden strenger und besser und der Stand wird auch künftig an den mit dem höchsten Prüfstandard erzielten Ergebnissen (Outcome) gemessen werden. Weiterhin besteht auch ein Defizit an differenzierter Outcome-Forschung („Was wirkt bei wem, mit welcher Methode?“). Seit der kritischen Übersicht von Roth u. Fonagy (1996) hat sich in diesem Feld nur wenig getan. Die künftige Forschung wird auch dadurch ausgezeichnet sein, dass sie mit begrenzteren Fragestellungen und

⁵ Für eine kritische Durchsicht und Ergänzungsvorschläge zu diesem letzten Abschnitt danke ich herzlich den Proff. Henningsen, München; Leichsenring, Gießen; Kächele, Ulm; Kruse, Gießen; Rüger, Göttingen, und Rudolf, Heidelberg.

vor allem mit stärkerer Symptomorientierung arbeitet.

Ein noch weitergehendes Defizit besteht in einer durchgängig fehlenden Prozessforschung. Wir wissen einfach viel zu wenig, über die einer Behandlungsmethode immanenten Abläufe („Was geschieht in der Therapie, mit welchen differenziellen Ergebnissen?“). Solche Forschung interessiert leider weder Verantwortliche der Gesundheitspolitik noch kann man mit ihr Forschungslorbeeren (= Impactpunkte) erringen. In diesen Bereich gehören auch halbquantitative Methoden und Feldstudien, die sich unberechtigt eines schlechten Rufs erfreuen. Schließlich fehlen Replikationsstudien, besonders für in der wissenschaftlichen Diskussion kritisierte Befunde. Ein Beispiel für eine differenzierte Evaluation psychodynamischer Ergebnisforschung ist der Reader von Levy, Ablon u. Kächele (2012).

2. Wie kann es zu einem besseren Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis kommen? Die Weiterbildungsinstitute (für Ärzte) und die Ausbildungsinstitute (für Psychologen) bringen in ihren Lehrangeboten bisher kaum Ergebnisse aus der neueren Psychotherapieforschung. Ein Teil von ihnen bildet eher zu „Schmalspuranalytikern“ als zu Psychodynamischen Psychotherapeuten mit breiter Therapiekompetenz aus. Eine weitere Gruppe von Instituten scheint völlig eklektischen Kriterien zu folgen. Der marktwirtschaftliche Aspekt der Aus- und Weiterbildung fördert merkwürdigste Konstellationen und „Weiterbündnisse“. Dabei wären gerade diese Institutionen die eigentlichen Orte, an denen sich der Transfer für geprüfte Techniken, Regeln, Erkenntnisse und Wissen zur Durchführung wissenschaftlich begründeter Psychotherapie direkt anböte. Kolleginnen und Kollegen, die für sich in Jahren und Jahrzehnten eigene Regeln guter Psychotherapie entwickelt haben – und solche mehrheitlich auch leisten, das sei ernsthaft unterstellt – sind eher wenig für den Wert von Forschungsergebnissen zu sensibilisieren. Der Schwerpunkt für den Transfer sollte eben bei den Ausbildungsinstituten liegen.

Als positives Beispiel für das Gemeinte sei etwa auf die Publikation des Vereinheitlichten

Psychodynamischen Therapieprotokolls für Angststörungen (VPP-Angst) von Leichsenring und Salzer (2014) verwiesen: Die Autoren stellen 9 Module der Behandlung vor, für die sie einzeln den Nachweis führen, auf welchen wissenschaftlichen Ergebnissen die Behandlungsempfehlungen beruhen.⁶ Ein analog aufgebautes Modell (VPP-Depression) wurde von Leichsenring und Schauenburg (2014) für die Behandlung von Depressionen vorgestellt. Es dürfte wenige Psychotherapeuten geben, die solche beispielhaften Studien im Unterricht einsetzen. Der Transfer von Ergebnissen einer stärker symptomorientierten Forschung in die Praxis muss auch verdeutlichen, dass derselbe Psychotherapeut nicht mehr alles gleich qualifiziert behandeln kann. Es wird, wegen der Verantwortung den Patienten gegenüber, zunehmend Spezialisierungen geben müssen. Auch systematische Analysen der Interventionskategorien wie die von Gumz et al. (2014) vorgelegte, könnten Lehrstoff werden. Die Verständigung von Psychotherapeuten ist in jeder Weise verbesserungsbedürftig, begrifflich redet man oft aneinander vorbei. Schließlich liegt heute eine Reihe von symptom- und methodenorientierten Therapie-Manualen vor. Sie werden jedoch im Unterricht nach meiner Erfahrung wenig eingesetzt. Im diagnostischen Bereich hat immerhin die OPD-2 (Arbeitskreis OPD 2014) Anerkennung und Rezeption gefunden. Aber auch der Umgang mit diesem Instrument muss ernsthaft eingeübt werden, ein kochbuchartiger Einsatz verfehlt seinen Sinn.

Was wäre die nachteiligste denkbare Entwicklung der Psychodynamischen Psychotherapie? Nicht wünschen möchte man der PDT die künftige Aus- und Weiterbildung über eine noch größere Anzahl primär ökonomisch orientierter Institutionen mit einem Lehrkollegium von fraglicher Unterrichtsqualifikation („aus der Praxis für die Praxis“). „In den Diskussionen von Kassen, Kliniken, Praxen, Instituten ist die Gesundheit

⁶ Eine teilweise deutsche Übersetzung des VPP-Angst findet sich bei Hoffmann (2016); das VPP-Depression ist ebenfalls übersetzt und zugänglich: Steinert et al. (2015).

der Patienten zwar das sozialpolitisch offizielle Ziel, aber in einer zunehmend merkantil strukturierten Gesellschaft werden Patienten zunehmend zum Mittel, die Einnahmen der einzelnen Gruppierungen, der Zentren, Ambulanzen, Kliniken, Institute zu sichern und zu mehren“ (pers. Mitt. G. Rudolf). Auch bei Fortbildungskongressen findet sich überwiegend viel Beliebigkeit und kaum jemand hat eine Kontrolle darüber, was in den zahlreichen „Workshops“ als validierte Therapieelemente vermittelt wird. Exotisches wird gern mit Innovation verwechselt, Narzisstisches mit Originalität, Zertifizierte Teilnahme mit Qualitätsprüfung des Angebots. Die Fortsetzung dieses Trends mag vielen nützen – einer seriösen PDT sicher am wenigsten.

Etwas Weiteres kommt hinzu. Schwerpunkt der klinischen Ausbildung in den Kliniken ist die multimodale klinische Komplexbehandlung. Hierdurch ergäbe sich logisch eine veränderte therapeutische Praxis, die sich auch in den Veränderungen der Psychotherapierichtlinien niederschläge. Gegenwärtig fehlen die Institutionen, an denen dieser Ansatz gut konzeptualisiert wird, auch mit Bezug zu den wissenschaftlichen Ergebnissen.

Schließlich: Wenn die PDT nicht entscheidend auf psychoanalytischen Teilaspekten in der Hintergrundtheorie und in der Behandlungstechnik basiert, verliert sie Herkunft und Zukunft in gleicher Weise. Bedenklich wäre deshalb auch das Überhandnehmen neuer (selbstverständlich „innovativer“) Therapierichtungen, die sich wegen der Anerkennungskriterien notgedrungen als der PDT zugehörig definierten, obwohl deren wissenschaftliche Wirksamkeitsnachweise anhand ganz anderer Therapieorientierung erbracht wurden. PDT muss eine wissenschaftlich fundierte Therapie bleiben/werden mit rational zu begründenden Essentials. Mit systemischen, existenziellen, transkulturellen, körperdynamischen, kunstorientierten, musikbasierten, tänzerischen und vielen anderen Formen mehr hat sie nichts zu tun. Was nicht heißt, dass mit solchen Ansätzen Wirkungen nicht erzielbar seien. PDT hat das Medium des Sprechens im Zentrum ihrer Arbeit und nur dieses.

Parameter, die von der therapeutischen Arbeit in der Sprache abweichen, bedürfen einer belegbaren Begründung, wie sie schon Freud (1919) für die Einführung der „neuen Aktivität“ gegeben hat.

Da manches von den hier nur angedeuteten Fehlentwicklungen sich bereits manifestiert, ist eine ernste Sorge um die Zukunft der PDT nicht von der Hand zu weisen. Eine weiter zunehmende Beliebigkeit in Ausbildung und Praxis stellt die meines Erachtens größte Gefährdung dar. Die Chancen für eine bessere Entwicklung der PDT hingegen bieten sich heute erheblich mehr als in der Vergangenheit an. Sie müssten nur realisiert werden.

Literatur

- Abbass AA, Hancock J, Henderson, J Kisely S (2006). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database Syst Review*, DOI: 101002/14651858CD004687pub3
- Abbass AA, Kisely S, Kroenke K (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. *Psychother Psychosom* 78, 265–274
- Alexander F (1950). Analysis of the Therapeutic Factors in Psychoanalytic Treatment. *Psychoanal Quart* 19, 482–500.
- Alexander F, French T (1946). The principle of corrective emotional experience – the case of Jean Valjean In: Alexander F; French TM (Eds). *Psychoanalytic Therapy*. New York: Ronald Press, 68–70.
- Allen J, Fonagy P (2006). The handbook of mentalization-based treatment. Chichester, England: Wiley, Sons, The Atrium, Southern Gate.
- Balint M, Ornstein PH, Balint E (1972). Fokalthherapie. Ein Beispiel angewandter Psychoanalyse. Frankfurt: Suhrkamp 1973.
- Barber J, Luborsky L, Crits-Christoph P Thase M, Weiss R, Frank A, Onken L, Gallop R (1999). Therapeutic Alliance as a Predictor of Outcome in Treatment of Cocaine Dependence. *Psychother Res* 9, 54–73.
- Barber J, Muran J, McCarthy K, Keefe J (2013). Research on Dynamic Therapies. In: Lambert MJ (ed.) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 6. Auflage. New York: John Wiley & Sons, 443–494.
- Beck D, Lambelet L (1972). Resultate der psychoanalytisch orientierten Kurztherapie bei 30 psychosomatisch Kranken. *Psyche* 26, 265–285.
- Bergin A, Garfield S (1994) (Hrsg). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 4. Aufl. N.Y./Chichester: John Wiley & Sons, INC, 1–864.
- Dührssen A (1972). Analytische Psychotherapie in Theorie, Praxis und Ergebnissen. Göttingen: Vandenhoeck u. Ruprecht.
- Eissler K (1953). The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. *J Amer Psychoanal Ass*, 1, 104–143.
- Freud S (1917). Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW Bd XI, Fischer, Frankfurt/M, 1966.
- Freud S (1919). Wege der psychoanalytischen Therapie. GW Bd XII, Fischer, Frankfurt/M, 1966, 181–194.

- Freud S (1926). Die Frage der Laienanalyse. GW Bd XIV, Frankfurt/M: Fischer 1963, 207–296.
- Freud S (1933). Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW Bd XV, Fischer, Frankfurt/M 1967, 1–107.
- Freud S (1937). Die endliche und die unendliche Analyse. GW Bd XVI, Fischer, Frankfurt/M 1968, 57–99.
- Gadamer H-G (1960). Hermeneutik I, Wahrheit und Methode Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik. Tübingen: Mohr Siebeck 2010, 7. Aufl.
- Greenberg S (1986). Analysis once a week. *Amer J Psychoanal* 46, 327–335.
- Greenson R (1967). The technique and practice of psychoanalysis. New York: Int Univ Press.
- Gumz A, Horstkotte J, Kästner D (2014). Das Werkzeug des psychodynamischen Psychotherapeuten – verbale Interventionstypen aus theoretischer und aus der Praxis abgeleiteter Perspektive. *Z Psychomat Med Psychoth* 60, 219–237.
- Habermas J (1968). Erkenntnis und Interesse. Frankfurt: Suhrkamp.
- Heigl-Evers A, Heigl F (1984). Was ist tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie? *Prax Psychother Psychosom* 29, 234–244.
- Heigl-Evers A, Heigl F, Ott J, Rüger U (1997). Lehrbuch der Psychotherapie Fischer, Stuttgart/Jena, 3. Aufl 1–556.
- Hoffmann SO (1983). Die niederfrequente psychoanalytische Langzeittherapie Konzeption, Technik und Versuch einer Abgrenzung gegenüber dem klassischen Verfahren In: SO Hoffmann (Hrsg). Deutung und Beziehung Kritische Beiträge zur Behandlungskonzeption und Technik in der Psychoanalyse. Frankfurt: Fischer, 183–193
- Hoffmann SO (2000). Psychodynamische Therapie und Psychodynamische Verfahren. *Psychotherapeut* 45, 52–54
- Hoffmann SO (2016). Psychodynamische Therapie von Angststörungen Einführung und Manual für die kurz- und mittelfristige Therapie. Schattauer, Stuttgart, 2. Aufl.
- Hoffmann SO, Schüller G (1999). Wie einheitlich ist die psychodynamisch/psychoanalytisch-orientierte Psychotherapie? *Psychotherapeut* 44, 367–373.
- Kardiner A (1977). Meine Analyse bei Freud. München: Kindler 1979.
- Keefe J, McCarthy K, Dinger U, Zilcha-Mano S, Barber J (2014). A Meta-Analytic Review of Psychodynamic Therapies for Anxiety Disorders. *Clin Psychol Rev* 34, 309–323.
- Keefe J, McCarthy K, Dinger U, Zilcha-Mano S, Barber J (2014). A Meta-Analytic Review of Psychodynamic Therapies for Anxiety Disorders. *Clin Psychol Rev* 34, 309–323.
- Kelman H (1945). Analysis once a week. *Amer J Psychoanal* 5, 16–27.
- Lambert M (ed) (2004). Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. John Wiley Sons, New York, 5. Aufl.
- Lambert M (ed) (2013). Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. John Wiley Sons, New York, 6. Aufl.
- Lambert M, Garfield S, Bergin A (2004). Kap. 18: Overview, Trends, and Future Issues. In: MJ Lambert (Ed). Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 5. Aufl. New York: John Wiley Sons, 805–821
- Leichsenring F, Hilsenroth M, Abbas AA, Barber J, Keefe J, Leweke F, Rabung S, Steinert C (2015a). Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: a systematic review using updated criteria *Lancet Psychiatry* 2, 648–660.
- Leichsenring F, Leibling E (2007). Supportive-Expressive (SET) Psychotherapy. *Curr Psychiat Rev* 3, 57–64.
- Leichsenring F, Leweke F, Klein S, Steinert C (2015b). The Empirical Status of Psychodynamic Psychotherapy – An Update: Bambi Is Alive and Kicking. *Psychother Psychosom*, DOI: 10.1159/000376584 Online
- Leichsenring F, Salzer F (2014). A unified protocol for the transdiagnostic psychodynamic treatment of anxiety disorders: An evidence-based approach. *Psychother* 51, 224–245.
- Leichsenring F, Salzer S, Beutel M, Herpertz S, Hiller W, Hoyer J, Huesing J, Joraschky P, Nolting B, Poehlmann K, Ritter V, Stangier U, Strauss B, Stuhldreher NT, Teismann T, Willutzki U, Wiltink J, Leibling E (2013). Psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder: A multicenter randomized controlled trial. *Am J Psychiat* 170, 759–767.
- Leichsenring F, Salzer S, Beutel ME, Herpertz S, Hiller W, Hoyer J, Huesing J, Joraschky P, Nolting B, Poehlmann K, Ritter V, Stangier U, Strauss B, Tepkow S, Teismann T, Willutzki U, Wiltink J, Leibling E (2014). Long-Term Outcome of Psychodynamic Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Social Anxiety Disorder. *Am J Psychiatry* 171, 1074–1082
- Leichsenring F, Schauenburg H (2014). Empirically supported methods of short-term psychodynamic therapy in depression – Towards an evidence-based unified protocol. *J Affect Dis*, 169, 128–143.
- Levy R, Ablon J, Kächele K (2012). Psychodynamic Psychotherapy Research: Practice Based Evidence and Evidence Based Practice. New York: Humana Press.
- Luborsky L (1984). Principles of Psychoanalytic Psychotherapy. A Manual for Supportive-Expressive Treatment. New York: Basic Books.
- Malan D (1963). Psychodynamische Kurztherapie. Eine kritische Untersuchung. Rowohlt, Reinbek, 1972.
- Roth A, Fonagy P (1996). What works for whom? New York, London: The Guilford Press, 1–484.
- Rudolf G (2006). Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen Schattauer, Stuttgart/New York, 2. Aufl.
- Steinert C, Schauenburg H, Dinger U, Leichsenring F (2015). Psychodynamische Kurzzeittherapie der Depression – ein evidenzbasiertes vereinheitlichtes Therapieprotokoll. *Psychother Psych Med*, DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1559612> Online-Publikation: 2015.
- Sterba R (1934). Das Schicksal des Ichs im therapeutischen Verfahren. *Int Z Psychoanal*, 20, 66–73.
- Wöller W, Kruse J (2010). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: Basisbuch und Praxisleitfaden. Stuttgart: Schattauer.
- Yalom I (2014). Denn alles ist vergänglich. Geschichten aus der Psychotherapie. München: btb Verlag.

Korrespondenzadresse

Sven Olaf Hoffmann

Universitätsprofessor em., Dr. med., Dipl. Psychologe, Psychoanalyse, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.