

# Literaturrecherche Psychotherapieforschung DGPT Juli 2012

## ▪ Evaluation bzw. Vergleich verschiedener Behandlungsarten

Rudolf, G., Jakobsen, T., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M., Oberbracht, C., Stehle, S., Stennes, M. & Grande, T. (2012). UMSTRUKTURIERUNG ALS ERGEBNISPARADIGMA DER PSYCHODYNAMISCHEN PSYCHOTHERAPIE – ERGEBNISSE AUS DER PRAXISSTUDIE ANALYTISCHE LANGZEITTHERAPIE. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 58, 55 – 66.

**Hintergrund:** Psychodynamische Psychotherapieformen wie analytische und tiefenpsychologische Psychotherapie (AP bzw. TP) bewirken nachweislich gute Symptomreduzierungen. „Symptomminderung gilt als unverzichtbares Ergebniskriterium, allerdings ist dies im psychodynamischen Verständnis nicht das einzige Ergebniskriterium und nicht das wesentliche Therapieziel“, geben Rudolf et al. zu bedenken. Eine zentrale Frage bliebe daher, welche Veränderung psychodynamische Therapie in der pathogenen Psychodynamik der Patienten zu erreichen vermöge und wie sich ihre verfahrensspezifische Wirkweise verstehen ließe. Die Beantwortung dieser Frage sei bisher an theoretischen und methodischen Schwierigkeiten des psychodynamischen Ansatzes gescheitert.

**Ziel:** Die Untersuchung der therapeutischen Veränderungen in tiefenpsychologischer bzw. analytischer Langzeitpsychotherapie in Bezug auf psychodynamische Effekte jenseits der Symptomatik.

**Methode:** In der Praxisstudie „Analytische Langzeitpsychotherapie“ (PAL-Studie; Grande et al., 2003, 2004, 2006, 2009; Jakobsen et al., 2007; Leising et al., 2006; Rudolf et al., 2001, 2002, 2004) wurden analytische (nAT = 32) und tiefenpsychologische (nTP = 27) Langzeitbehandlungen sehr detailliert aus der Sicht der Therapeuten, der Patienten sowie unabhängiger Beobachter bis drei Jahre nach Therapieende begleitet. Im Mittelpunkt der jetzigen Auswertung steht die Änderung der diagnostizierten psychodynamischen Aspekte (der je fünf wichtigsten OPD-basierten Foki der dysfunktionalen Beziehung, der unbewussten Konflikte und der strukturellen Einschränkungen) im Behandlungsverlauf. Deren Einschätzung erfolgt mithilfe der Heidelberger Umstrukturierungsskala (Rudolf et al., 2000; angelehnt an die Skala APES von Stiles et al., 1992), welche Aspekte der Veränderung und Neuorientierung in den unbewussten dysfunktionalen Einstellungen erfasst. Im Manual der Umstrukturierungsskala sind sieben Stufen der Umstrukturierung (UM) beschrieben mit ihren jeweiligen drei möglichen Abstufungen (z.B. Stufe 4: ‚4‘ glatt erreicht, ‚4 -‘ nicht ganz erreicht, ‚4 +‘ schon ansatzweise überschritten):

- 1) Nicht-Wahrnehmung des Fokusproblems
- 2) Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus

- 3) Vage Fokuswahrnehmung
- 4) Anerkennung und Erkundung des Fokus
- 5) Auflösung alter Strukturen im Fokusbereich
- 6) Neustrukturierung im Fokusbereich
- 7) Auflösung des Fokus

Diese Stufen lassen sich anhand folgender wesentlicher Kriterien unterscheiden:

- die Qualität der therapeutischen Beziehung
- die affektive Situation des Patienten
- die Veränderungen in der Realität des Fokusthemas

**Ergebnisse:** Die symptombezogene Auswertung der Behandlungen (Grande et al., 2006; Jakobsen et al., 2007) ergab für beide Verfahren hoch signifikante Symptombesserungen im Vorher-Nachher-Vergleich sowie stabile Besserungen in der 1-Jahres-Katamnese und 3-Jahres-Katamnese. Die nach Augenschein vorliegenden Unterschiede der Symptombesserung zwischen AP und TP erwiesen sich als nicht signifikant.

Hinsichtlich der Umstrukturierung (UM) zeigte sich dahingegen ein signifikanter Unterschied. War der Mittelwert der UM bei Behandlungsbeginn für die fünf Foki in beiden Verfahren gleich, erwies er sich für die AP bei Behandlungsende als signifikant höher. In Bezug auf die positiven Ergebnisse konnte sich die AP mit 68.8% ausgeprägter Umstrukturierung gegenüber der TP mit 18.5% behaupten. Unabhängig von der Behandlungsform zeigten die deutlich umstrukturierten Patienten (UM positiv) verglichen mit den weniger umstrukturierten Patienten (UM negativ) in signifikantem Ausmaß ausgeprägtere Symptomreduzierung im durchschnittlichen SCL-90 Gesamtwert (GSI) und im ‚Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme‘ (IIP), größere Behandlungszufriedenheit der Patienten und positivere Behandlungseinschätzung der Therapeuten.

**Schlussfolgerungen:** Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass sich Umstrukturierung im definierten Sinne für psychoanalytisch begründete Therapien als relevantes Ergebnisparadigma jenseits der Symptombesserung bestätigt. In den längeren Behandlungen lassen sich ausgeprägtere Umstrukturierungen erkennen als in den kürzeren Psychotherapien. Dabei dürften, so vermuten die Autoren, neben der Therapiedosis unterschiedliche therapeutische Zielsetzungen – aufdeckend-durcharbeitende vs. stützend-begleitende – von Bedeutung sein.

van der Lem, R., van der Wee, N.J.A., van Veen, T. & Zitman, F.G. (2012). EFFICACY VERSUS EFFECTIVENESS: A DIRECT COMPARISON OF THE OUTCOME OF TREATMENT FOR MILD TO MODERATE DEPRESSION IN RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS AND DAILY PRACTICE. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81, 226 – 234.

(Niederländische Studie)

**Hintergrund:** Studien mit randomisiertem, kontrolliertem Design (randomized controlled trials, RCTs) werden als reliabelste Informationsquelle über Behandlungsergebnisse (Wirksamkeit, *efficacy*) angesehen. Die Generalisierbarkeit der Aussagen, die über diese Wirksamkeit getroffen werden können, ist jedoch möglicherweise durch das RCT-Design gemindert. Das STAR\*D-Studiendesign („Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression“) versucht sich der täglichen klinischen Praxis so gut wie möglich anzunähern, weist aber immer noch Eigenschaften des RCT-Designs auf.

**Ziel:** Der Vergleich der Behandlungsergebnisse bei depressiven Patienten (major depressive disorder, MDD) in der klinischen Praxis (ambulante Behandlung) mit den Ergebnissen von RCTs und STAR\*D-Studien.

**Methode:** Die Effektivität (*effectiveness*) der klinischen Praxis wurde mit der Wirksamkeit (*efficacy*) von 15 Meta-Analysen zu medikamentöser, psychotherapeutischer und kombinierter Therapie verglichen sowie mit den Ergebnissen von STAR\*D-Studien. Die Daten zur klinischen Praxis wurden mittels eines „routine outcome monitoring“ (ROM)-Systems erhoben, anhand dessen der Niederländische „Regional Mental Health Provider“ (RMHP) Rivierduinen bereits seit 2002 als Teil der klinischen Routine mit strukturierten Interviews Daten zu Psychopathologie und anderen Patientenmerkmalen erhoben hat. Behandlungsergebnisse wurden anhand des Anteils an Überweisungen ( $\text{MADRS} \leq 10$ ) definiert sowie anhand der Effektgröße innerhalb der Gruppe.

**Ergebnisse:** Das ROM-System (de Beurs et al., 2011) ermittelte 598 Patienten, die nach DSM-Kriterien an einer MDD-Episode litten, überwiegend mit leichter bis mittelschwerer Ausprägung. Die Remissionsrate war in der klinischen Praxis niedriger als in den Metaanalysen für alle Behandlungen (32 vs. 40 – 74%). Medikamentöse Behandlungen wiesen weniger explizite Unterschiede auf (21 vs. 34 – 47%) als Einzeltherapie (27 vs. 34 – 58%; Effektgröße .85 vs. 1.71) und kombinierte Therapie (21 vs. 45 – 63%), da nur 60% der Metaanalysen für Antidepressiva signifikante Unterschiede mit dem ROM aufwiesen, während beinahe alle Metaanalysen für Psychotherapie und kombinierte Therapie signifikante Unterschiede zeigten. Beim Vergleich zwischen der Effektivität zwischen klinischer Praxis und STAR\*D wurden keine signifikanten Unterschiede festgestellt.

**Schlussfolgerungen:** Die Effektivität der Behandlung von Patienten mit überwiegend leichter bis mittelschwerer MDD in der täglichen klinischen Praxis ist den Ergebnissen von STAR\*D-Studien ähnlich und signifikant niedriger als die Wirksamkeitsergebnisse, die im Rahmen von Studien mit randomisiertem, kontrolliertem Design (RCTs) ermittelt werden. Die Autoren

empfehlen weiterführende Forschung im Bereich der Faktoren, welche die Behandlungsergebnisse in der täglichen klinischen Praxis beeinflussen, um die Behandlung von depressiven Patienten zu optimieren.

## ▪ Allgemeine Psychotherapieforschung

Kaczmarek, S., Passmann, K., Cappel, R., Hillebrand, V., Schleu, A. & Strauß, B. (2012). WENN PSYCHOTHERAPIE SCHADET... SYSTEMATIK VON BESCHWERDEN ÜBER PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNGEN. *Psychotherapeut, Online First 20. Juni*, 1 – 7.

**Hintergrund:** Die bewusste Schädigung des Patienten durch den Therapeuten steht im Gegensatz zu dem in der Öffentlichkeit und dem unter Psychotherapeuten selbst verbreiteten Bild einer guten Psychotherapie. Dennoch ist unethisches Verhalten in der Psychotherapie Realität. Obwohl es sich um eine längst bekannte Problematik handelt, werden erst in jüngerer Zeit gezielte Versuche unternommen, negative Wirkungen von Psychotherapie theoretisch einzubetten und systematisch zu erfassen. So gibt es neben zahlreichen wissenschaftlichen Belegen, die außer Frage stellen, dass empirisch fundierte Psychotherapieverfahren eine höchst wirkungsvolle Behandlung psychischer Störungen darstellen (z.B. Smith & Glass, 1977; Wampold, 2010), auch Hinweise darauf, dass Psychotherapie, wenn auch sehr viel seltener, negative oder unerwünschte Wirkungen haben und zu Fehlentwicklungen führen kann (Barlow, 2010; Bergin et al., 1963; Caspar & Kächele, 2008; Hoffmann et al., 2008; Jacobi, 2001; Märtens & Petzold, 2002).

**Ziel:** Die erstmals gezielte inhaltliche Untersuchung von Beschwerden von Psychotherapiepatienten und die Vorstellung eines praktikablen Kategoriensystems zur Klassifizierung negativer Wirkungen psychotherapeutischer Behandlungen.

**Methode:** Analysiert wurden Beschwerdeprotokolle (n = 67) von Psychotherapiepatienten, die sich Rat suchend im Zeitraum von Februar 2008 bis Dezember 2010 an den Münchner Verein „Ethik in der Psychotherapie e.V.“ gewandt haben. Somit ergab sich ein naturalistisches Design mit einer anfallenden, nichtzufälligen Stichprobe. Zur Auswertung der Daten wurde ein „Mixed-method“-Ansatz gewählt. So wurde zunächst mithilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse (nach Mayring, 2008) induktiv ein Kategoriensystem erstellt, mit dessen Daten nachfolgend quantitative Analysen im Hinblick auf die Fragestellungen vorgenommen wurden.

**Ergebnisse:** Aus den vorliegenden Patientenbeschwerden konnte ein zuverlässiges Kategoriensystem mit folgenden 10 praktikablen Kategorien ermittelt werden:

- Sexuelle Grenzüberschreitungen  
(z.B. Therapeut äußert sich sexuell anzüglich gegenüber Patientin)

- Soziale Grenzverletzungen  
(z.B. Therapeut bespricht mit einem Patient mehrmals private Inhalte in der Sitzung und versucht, ihn in eine Kneipe einzuladen)
- Befangenheit  
(z.B. Therapeutin ist gleichzeitig Ausbildungsleiterin und Behandlerin des Patienten)
- Verletzung therapeutischer Basisvariablen  
(z.B. Patientin fühlt sich fortwährend aufgrund ihres hohen Körpergewichts vom Therapeuten abgewertet)
- Mangelhafte Diagnostik/Technikanwendung  
(z.B. Therapeut versucht, die homosexuelle Orientierung des Patienten zu ändern, statt dem eigentlichen Therapiefokus, der Behandlung einer Angststörung mit Panikattacken, zu folgen)
- Verstoß gegen Informations-, Dokumentations- und Schweigepflicht  
(z.B. Therapeut berichtet auf Nachfrage dem Partner seiner Patientin vom Verlauf der Behandlung)
- Ökonomischer/finanzieller Missbrauch  
(z.B. Als nichtfinanzieller Ausgleich für Therapieleistungen soll der Patient Malerarbeiten in der Privatwohnung des Therapeuten durchführen)
- Therapieabbruch durch Therapeuten  
(z.B. Therapeut teilt Patient per SMS die Beendigung seiner Behandlung mit)
- Mangelhafte Rahmenbedingungen  
(z.B. Therapeut sagt wiederholt kurzfristig die Sitzung ab oder verkürzt sie deutlich. Auch kommt es häufig zu Unterbrechungen durch das Klingeln des Telefons)
- Sonstiges (z.B. Therapeutin beleidigt Patient schwer und wird handgreiflich)

Die *Verletzung therapeutischer Basisvariablen* gehörte neben *sexuellen Grenzverletzungen*, die zumeist von männlichen Therapeuten begangen wurden, zu den häufigsten Beschwerdegründen. Weibliche Therapeuten begingen dagegen signifikant häufiger Verstöße gegen die *Schweige- und Dokumentationspflicht*.

**Schlussfolgerungen:** Aus den Befunden der Untersuchung ergeben sich nach Kaczmarek et al. einige praktische Implikationen für die Etablierung eines bewussteren, konstruktiveren Umgangs mit negativen Wirkungen von psychotherapeutischen Behandlungen:

- Sensibilisierung sowohl von Therapeuten als auch Patienten durch beispielsweise vermehrte Zeitschriftenpublikationen zum Thema sowie durch gezielte Patienten-

informationen hinsichtlich der Chancen, aber auch der Risiken psychotherapeutischer Behandlungen.

- Fokussierte Aus- und Weiterbildungsangebote/-inhalte für Ausbildungskandidaten und erfahrene Therapeuten sind indiziert, da das Wissen um mögliche negative Wirkungen der Behandlungen eine größere Bandbreite des eigenen Handels eröffnet.
- Supervision sollte regelmäßig sowohl von weniger als auch erfahreneren Psychotherapeuten angestrebt werden, da eine unabhängige Begleitung des therapeutischen Prozesses möglichen negativen Entwicklungen vorbeugen kann.
- Gezieltes Risikomanagement wird sich in Zukunft, beispielsweise im Sinne expliziter Richtlinien und Verfahrenswege, als unabdingbar erweisen. Ein Vorbild könnte hierfür das klinische Risikomanagement im medizinischen Bereich sein.
- Anlaufstellen für Betroffene müssen geschaffen werden, da in Deutschland noch immer kaum unabhängige und kompetente Ansprechpartner für verunsicherte und Hilfe suchende Patienten zur Verfügung stehen und sich Patienten oft mit ihrem Anliegen allein gelassen fühlen.
- Eine Stärkung der Patientenrechte muss durch den transparenten Umgang mit Fehlern und den Konsequenzen sowie durch eine gezielte Erweiterung des bislang eher wenig bemühten § 174c StGB zur Ahndung sexueller Übergriffe in der Psychotherapie erfolgen, um weitere Grenzüberschreitungen etc. zu unterbinden. Ebenso ist die gesetzliche Verankerung der Aufklärungspflicht bei jedem Psychotherapieantrag voranzutreiben.

## ▪ Psychotherapieprozessforschung

**Fertuck, E.A., Mergenthaler, E., Target, M., Levy, K.N. & Clarkin, J.F. (2012). DEVELOPMENT AND CRITERION VALIDITY OF A COMPUTERIZED TEXT ANALYSIS MEASURE OF REFLECTIVE FUNCTIONING. *Psychotherapy Research*, 22 (3), 298 – 306.**

(US-Amerikanische Studie)

**Hintergrund:** Bislang wurden Fähigkeiten zur kohärenten Konzeptualisierung der eigenen subjektiven Motivationen, Emotionen, Überzeugungen und Wünsche sowie die der anderen (reflexive Fähigkeiten) im Zuge des halbstrukturierten ‚Adult Attachment Interviews‘ (AAI) anhand der narrationsbasierten ‚Reflective Functioning scale‘ (RF) erfasst. Dieses Vorgehen habe sich zwar als reliabel erwiesen und im klinischen sowie Forschungskontext bewährt (z.B. Bouchard et al., 2008), doch sprächen die Abhängigkeit von AAI-Daten sowie die notwendige zeitintensive wie kostspielige Ausbildung der Rater der aktuellen Messmethode für die Entwicklung einer effizienteren Alternative, so Fertuck et al.. Zudem könnte eine solche

Alternative zum erweiterten Verständnis der linguistischen Marker reflexiver Fähigkeiten wie auch verbesserten Forschungsbedingungen beitragen.

**Ziel:** Die Entwicklung einer computerbasierten Textanalyse reflexiver Fähigkeiten und die Untersuchung derer Kriteriumsvalidität.

**Methode:** Die Transkripte klinischer (n1 = 73; BPD, Achse I-Komorbiditäten bei 77%) sowie nicht-klinischer (n2 = 40) AAls wurden herangezogen, um ein computerbasiertes Messinstrument zur Einschätzung der reflexiven Fähigkeiten (computerized RF, CRF) mittels Textanalyse zu entwickeln. Unter Verwendung des ‚Marker Approachs‘ (Mergenthaler, 1996; Mergenthaler & Bucci, 1999) und unter Ausschluss bedeutungstragender Begriffe, Interjektionen und uneindeutiger Ausdrücke, wurden 54 linguistische Marker identifiziert, die ein hohes Niveau reflexiver Fähigkeiten indizieren („High CRF dictionary“: *and, was, that, the..*) und 49 Marker, die ein niederes Niveau anzeigen („Low CRF dictionary“: *I, to, you, my...*). Um Aussagen über die Kriteriumsvalidität des CRF treffen zu können, wurde die Korrelation zwischen RF und CRF ermittelt.

**Ergebnisse:** Zwischen den RF-Werten der klinischen und der nicht-klinischen Stichprobe lagen signifikante Unterschiede, mit höheren Werten der letzteren Gruppe.

Das ‚High CRF dictionary‘ mit 54 Markern wies die robusteste und konsistenteste Korrelation mit der RF auf. Es zeigte sowohl in der nicht-klinischen als auch der klinischen Stichprobe moderate bis hohe und konsistente Korrelationen mit der RF. Wurde das ‚Low CRF dictionary‘ hinzugenommen, verbesserten sich die Korrelationen zwischen CRF und RF nicht.

**Schlussfolgerungen:** Der Bericht über die vorläufigen Ergebnisse der Forschungsbemühungen von Fertuck und Kollegen gibt Hinweis darauf, dass das computerbasierte Messinstrument CRF anwendbar ist und bis auf weiteres von Kriteriumsvalidität ausgegangen werden kann, was für das Potential des Instruments spricht, die Messung reflexiver Fähigkeiten zu erleichtern. Das ‚High CRF dictionary‘ besteht aus 54 weitestgehend gewöhnlichen, häufig vorkommenden Wörtern, sodass das Instrument CRF auch für die Verwendung mit kurzen Texten (ca. 50 Wörter) geeignet sein könnte.

**Ehrenthal, J.C., Tomanek, J., Schauenburg, H. & Dinger, U. (2012). BINDUNGS-RELEVANTE SITUATIONEN IN DER PSYCHOTHERAPIE. *Psychotherapeut, Online First 19. Juni, 1 – 6.***

**Hintergrund:** Psychotherapie ist Beziehungsarbeit. Zwischen Patienten und Therapeuten lassen sich in der Wahrnehmung und Ausgestaltung der therapeutischen Beziehung spezifische interindividuelle Unterschiede beobachten. Die Bindungstheorie bietet einen wissenschaftlich fundierten Ansatz, wie sich ein Teil dieser Unterschiede erklären lassen könnte. Auch wenn es nahe liegt, dass Bindung in Psychotherapien eine wichtige Rolle spielt, fehlen bisher systematische Studien dazu, in welchen Situationen aus Patientensicht Bindungsmoti-

ve relevant werden und damit u.U. problematische Bewältigungsstrategien ausgelöst werden.

**Ziel:** Die Untersuchung bindungsrelevanter Situationen in der Psychotherapie.

**Methode:** In einer Querschnittuntersuchung wurden Patienten (n = 40) der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik am Universitätsklinikum Heidelberg zu ihren Erfahrungen bezüglich bindungsrelevanten Situationen aus einer aktuellen oder einer früheren psychotherapeutischen Behandlungen mittels eines halbstrukturierten Interviews (n = 36) befragt. Dieses Interview, das auf Audiodatenträger aufgezeichnet wurde, fokussierte auf zwei Kernelemente der Bindungsbeziehung: Wunsch nach Nähe und Zuwendung und Wahrnehmung des Anderen als „stärker und weiser“. Es folgte eine inhaltsanalytische Auswertung der transkribierten Interviews (Auslösesituation innerhalb oder außerhalb der Therapie; Art des Auslösers; zentrales bindungsbezogenes Thema); die resultierenden Kategorien wurden zusätzlich mit Fragebogendaten zum Bindungsstil in Verbindung gebracht. Sowohl in Bezug auf den zeitlichen Rahmen, aus welchem Behandlungssituationen berichtet wurden, als auch auf Settings und therapeutische Orientierungen der Behandler lag eine breite Streuung vor.

**Ergebnisse:** Im Hinblick auf die erste Forschungsfrage bezüglich der Lokalisation des auslösenden Erlebnisses gaben 69,1% der Patienten ein Ereignis innerhalb und 30,9% ein Ereignis außerhalb der Therapiesituation an. Hinsichtlich der zweiten Forschungsfrage, die sich mit dem Inhalt des Ereignisses, was in den Therapien bindungsbezogene Wünsche, Gefühle oder Gedanken ausgelöst hat, beschäftigt, wurden sechs Kategorien extrahiert:

- interpersonelle Konflikte und Verlusterlebnisse
- Beeinträchtigung durch Symptome
- therapeutische Interventionen
- Thematisierung der therapeutischen Beziehung
- Therapiebeginn und –ende
- Wechsel in eine stationäre Therapie

Die dritte Forschungsfrage betrachtete, was das zentrale Bindungsthema der geschilderten Situation war; die gegebenen Informationen wurden zu vier Kategorien verdichtet:

- Wunsch nach Hilfe und Unterstützung
- Aspekte der Selbstöffnung
- Wunsch nach Verständnis
- Zurückweisungserleben

Explorativ wurde in einem letzten Schritt berechnet, inwiefern es abhängig von den beschriebenen Kategorien Unterschiede im Bindungsstil (RQ-2 Skalen ‚model of self‘ und ‚mo-



del of other') der Patienten gab. Bei kleiner Zellengröße gab es keine Unterschiede hinsichtlich des Inhalts oder des zentralen Bindungsthemas. Allerdings hatten Patienten, die einen Auslöser innerhalb der Therapie beschrieben, niedrigere Werte im ‚model of other‘, also ein negativeres Bild von anderen in Bezug auf Bindung, als Patienten, die einen Auslöser außerhalb der Therapie schilderten.

**Schlussfolgerungen:** Das Bindungssystem wird in Psychotherapien ähnlich wie in anderen zwischenmenschlichen Situationen aktiviert. Die Ergebnisse können Therapeuten helfen, für bindungsrelevante Situationen, aber auch für die eigene Rolle als möglicher Adressat von Bindungsbedürfnissen der Patienten sensibler zu werden. Besonderes Augenmerk sollte auf die spezifischen, in der Studie von Ehrenthal et al. kategorisierten auslösenden Ereignisse in der Therapie gerichtet werden sowie auf die dahinter liegenden, bindungsbezogenen Themen.

## ▪ Sonstiges

**Nissen, B. (2012). HAT DIE PSYCHOANALYSE DIE STRUKTUR EINER WISSENSCHAFTLICHEN THEORIE? *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 66, 577-605.**

Bevor sich Nissen der Beantwortung der Titel gebenden Frage zuwendet, bietet er einen kurzen historischen Überblick zur Wissenschaftstheorie des 20. Jahrhunderts. Zwar habe sich die Psychoanalyse stets schwer getan „[m]it einer offensiven und positiven wissenschaftstheoretischen Bestimmung ihrer selbst“ – zugleich jedoch wandelten sich permanent die wissenschaftstheoretischen Ansprüche an Theorien im Allgemeinen, so auch an die psychoanalytische im Konkreten.

Legte der ‚Wiener Kreis‘ um Schlick auf der Suche nach Wahrheit den Akzent noch auf die empirische Verifikation (natur-)wissenschaftlicher Sätze, bestand der kritische Rationalismus Poppers im Kehrschluss auf die Falsifikation als Kriterium der Wissenschaftlichkeit. Beide Herangehensweisen seien gescheitert: die Verifikation an den Versuchen einer Unterscheidung zwischen wissenschaftlich sinnvollen und sinnlosen Sätzen und die Falsifikation an der Erfassung der Struktur wissenschaftlicher Theorien. Gemein hätten beide Perspektiven bemerkenswerterweise die Anschauung, dass „das Finden von Hypothesen, Konzepten etc. ein nicht fassbarer und daher nicht bedenkenswerter Prozess“ ist.

Logischer Empirismus und kritischer Rationalismus wurden ihrerseits vielseitiger Kritik ausgesetzt „seitens derjenigen, die nach Rationalität von Forschung, nach der Entwicklung wissenschaftlicher Systeme, nach dem Theoriebegriff und dem szientistischen Verständnis fragten.“ Bereits an Wittgensteins eigener Verwerfung seines früheren Absolutismus sei ersichtlich, dass Begriffe unscharf sein können und dass die Untersuchung nicht auf das Verhältnis Forscher-Gegenstand reduziert werden könne. „Zu fragen ist vielmehr, wie sich zwei Subjekte darüber verständigen können, dass sie über denselben Gegenstand sprechen.“

Das zeitgemäße naturwissenschaftliche Modell nehme dahingegen Abstand von der Absicht einer Prüfung ganzer Theorien, lediglich einzelne wissenschaftliche Hypothesen könnten empirisch geprüft werden. Eine Theorie bestehe aus einem theoretischen Theoriekern und einem paradigmatischen empirischen Anwendungsbereich. Im Falle der Psychoanalyse benennt Nissen das dynamisch Unbewusste als Schulen-übergreifenden Theoriekern, der empirische Teil sei die psychoanalytische Situation. Um diesen dualen Kern gruppieren sich die analytischen Spezialgebiete mit je eigenen Methoden und Begrifflichkeiten – in diesem Rahmen erst seien fokussierte Hypothesenprüfung möglich. Bestätigungen stärken die Spezial- und auch die Kerntheorie. Widerlegungen betreffen zunächst nur die Hypothese. Die Forderung einer Überprüfung der psychoanalytischen Theorie als Ganzes sei überholt.

Die Psychoanalyse stelle einen eigenen Wissenschaftstyp dar, ihre Gegenstände bestünden aus komplex-dynamischen psychischen Prozessen, welche selbst erzeugend organisiert seien und paradoxe Momente beinhalteten. Ungeachtet des beeindruckenden Wissenszuwachses und der Diversifizierung der Psychoanalyse, habe sich ihr Strukturkern – das dynamische Unbewusste – *„in den letzten 110 Jahren in seiner identitätsstiftenden und Kontinuität erzeugenden Qualität bewährt.“*

Lena Korn & Arkadi Blatow

[lena.korn@ipu-berlin.de](mailto:lena.korn@ipu-berlin.de)  
[arkadi.blatow@ipu-berlin.de](mailto:arkadi.blatow@ipu-berlin.de)