

7.6 Studien zur Validierung von Einzelaspekten der psychoanalytischen Therapie

Verlaufsforchung - Prozeßforschung

Dieses Thema hat in der Psychoanalyse bei einem der letzten bedeutenden deutschsprachigen Kongresse vor dem Krieg in Marienbad 1936 im Mittelpunkt gestanden und besitzt seither in der Psychoanalyse klinisch Priorität. Klinische Prozeßforschung kreist um die Kernfrage des psychotherapeutischen Handelns: "Wie läßt sich dieses therapeutische Handeln rechtfertigen bzw. begründen?" (Westmeyer 1978). Die Beantwortung dieser Frage kann besonders durch Einzelfallstudien erfolgen, die in der psychoanalytischen Therapiewelt zwar ein hohes Ansehen genießen, aber nicht so zahlreich sind, wie dies wünschenswert wäre. Eine Übersicht über ausführlich systematische klinisch-empirische Studien dieser Art findet sich bei Kächele (1981) (vgl. Kap. 7.3). Eine aktuelle Stellungnahme findet sich bei Leuzinger-Bohleber (1995). Weit häufiger wurden Gruppenstudien durchgeführt, deren reichhaltige Ergebnisse in den einschlägigen Kapitel des "Handbook of Psychotherapy and Behavior Change" in den bislang fünf Ausgaben dokumentiert sind (Bergin und Garfield 1971; Garfield und Bergin 1978; Garfield und Bergin 1986; Bergin und Garfield 1994; Lambert 2003). Vollständige Verlaufsbeschreibungen müßten idealiter sowohl die Veränderungen des Patienten - die Ergebnisse der Behandlung - objektivieren als auch ihr schrittweises Zustandekommen durch die jeweiligen therapeutischen Interventionen erklären. Um diesem Ziel näherzukommen, sind vielfältige methodische Vorarbeiten geleistet worden. Die Einzelheiten, die von Tausenden von Einzeluntersuchungen stammen, wurden von Orlinsky und Howard über viele Jahre wiederholt zusammengefaßt und so aufbereitet (1972, 1978, 1986), daß am Ende ein "generisches Modell der Psychotherapie" stehen konnte (Orlinsky und Howard 1987). In der vorletzten Ausgabe des Handbooks wurde mit K. Grawe ein deutschsprachiger Therapieforscher miteinbezogen, so daß auch deutschsprachige Ergebnisse berücksichtigt werden konnten (Orlinsky 1994). Natürlich stammen nicht alle Befunde aus psychoanalytisch orientierten Therapiestudien, aber - das darf man sagen - ein erheblicher Anteil dieser Literatur wurden von psychoanalytisch orientierten Therapieforschern wie L. Luborsky (1988a), M. Horowitz (1991), H. H. Strupp (1997), C. Perry (1993), W. Piper (1998), R. Wallerstein (1989), beige-steuert. Als deutsche Autoren, die das Feld der prozessualen Therapieforschung bereichert haben, sind vor allem A.E. Meyer (1962b, 1981b), F. Heigl (1977), G. Rudolf (1991, 1997), H. Kordy (1990, 1995), B. Strauß (1995, 2000), V. Tschuschke (1993, 1996), H. Faller (1998) und H. Kächele (1981, 1988) zu nennen.

In der psychoanalytischen Therapieforschung werden seit Jahren vielfältige deskriptive Auswertungsmethoden erprobt, die weiterentwickelt werden müssen. Da die Psychoanalyse

außer den unspezifischen Faktoren, wie sie in jeder hilfreichen zwischenmenschlichen Beziehung realisiert werden müssen (Kächele 1988), einen hohen Anspruch an die Wirkung von speziellen technischen Interventionen (Klarifikation, Konfrontation, Interpretation [Koenigsberg 1985]) stellt, geht es besonders um deren reliable inhaltliche relevante Erfassung.

Der Zugang zum psychoanalytischen Dialog konfrontiert die Forschung mit einer großen Menge neuer Daten. Es war geboten, vor der Hypothesenprüfung der phänomenologischen Deskription (Grawe 1988b) und dem induktiven Vorgehen einen breiten Raum zu lassen. Hier liegen auch die Chancen für die qualitativen Forschungsansätze der Psychoanalyse (Streeck 1994; Buchholz und Streeck 1994, Stuhr 1997, 2001), indem sie ihre Interpretationen am tatsächlichen Text des Dialogs, d.h. am Verbatimprotokoll, orientieren (Faller und Frommer 1994).

Die vorwiegend sprachliche Ausgestaltung des therapeutischen Prozesses ermöglicht Forschungsansätze, die von linguistisch-konversationsanalytischen Textanalysen (Flader 1982) bis zu computergestützten Studien (Dahl 1974, Kächele 1976, 1988, Spence 1993, Mergenthaler 2002) reichen und eine differenzierte Betrachtung therapeutischer Prozesse erlauben. Diese neuen methodischen Ansätze wurden sowohl an Kurztherapien (Mergenthaler und Kächele 1996) als auch an psychoanalytischen Einzelbehandlungen (Leuzinger-Bohleber und Kächele 1990, Leuzinger-Bohleber 1987, 1989) erprobt.

Im Rahmen eines DFG-geförderten Sonderforschungsbereiches ist zuerst in Deutschland eine systematische Sammlung therapeutischer Dialoge als Ton- und Videoaufzeichnung und insbesondere in verschrifteter Form als Textkorpus etabliert worden (Mergenthaler und Kächele 1994). Inzwischen sind international weitere Datenbanken gebildet worden. Durch überregionale Kooperation und den Einsatz moderner Computertechnologie wurde damit eine neue Dimension in der Psychotherapieforschung eröffnet (Luborsky et al. 2001).

Im Einzelnen können folgende intensiv bearbeitete Forschungsfelder hervorgehoben werden (Henry 1994):

a) die therapeutische Allianz

Sie ist mit Abstand das am besten bearbeitete Gebiet (Horvath und Greenberg 1994). Sie dürfte das wichtigste technische Prinzip nicht nur der psychodynamischen Therapieformen sein, sondern wie heute allgemein anerkannt wird, in allen Behandlungsmodalitäten. Was ist damit gemeint?

Die hilfreiche Beziehung bezeichnet eine Reihe verwandter Phänomene, die widerspiegeln, in welchem Masse der Patient die Beziehung zum Therapeuten als hilfreich für das Erreichen der Behandlungsziele erlebt. Sie entspricht Freuds (1912b) Auffassung, der milden positiven Übertragung als "Trägerin des Erfolges" (a.a.O. 371). Bereits die Anwesenheit des

Psychotherapeuten läßt eine hilfreiche Beziehung entstehen, sie wird aber durch „fördernde Interventionen“ gestärkt (vgl. unten).

Die solchermaßen zu fördernde therapeutische Beziehung ist das am besten untersuchte Phänomen des Faches. Gemeinsamkeiten mit der in der Gesprächspsychotherapie zum Eckpfeiler erklärten Einstellungen sind nicht nur zufällig. Es besteht Übereinstimmung darin, daß das Konzept ein multidimensionales Konstrukt ist, an dem vier Aspekte differenziert werden können:

- a) Die Fähigkeit des Patienten zielgerichtet in der Therapie arbeiten zu können;
- b) die affektive Verbundenheit des Patienten mit dem Therapeuten;
- c) das empathische Verstehen und die Involviertheit des Therapeuten;
- d) die Übereinstimmung von Patient und Therapeut hinsichtlich der Behandlungsaufgaben und -ziele.

Hinsichtlich der Wirkungsweise werden von Horvath und Greenberg (1994) eine a) direkte Wirkung, b) eine Vermittlerwirkung und c) eine interaktive Wirkung diskutiert.

Die einschlägigen Übersichtsarbeiten gehen davon aus, daß die Beziehung, die der Therapeut anbietet, entscheidender für die therapeutische Veränderung ist als die Technik, die eingesetzt wird. Mit den Elementen “bonds“, “tasks“ und “goals“ wird die therapeutische Allianz zur “förderlichen Umgebung“, die es ermöglicht, therapeutische Aufgaben effektiv zu lösen, aber auch selbst zum heilenden Agens.

Die Ergebnisse einer Metaanalyse aus 15 Jahren Forschung zur therapeutischen Allianz faßt Horvath folgendermaßen zusammen:

1. Allianz (bereits aus frühen Therapiestunden) ist ein Prädiktor für den Therapieerfolg, unabhängig vom psychotherapeutischen Verfahren, der Diagnose und von Patientenmerkmalen.
2. Therapeut und Patient stimmen in der Einschätzung der Allianz meist nicht überein.

Eine ausführliche Studie zur Bedeutung der therapeutischen Allianz in nieder- und hochfrequenten psychoanalytischen Behandlungen hat Rudolf (1991) vorgelegt. Weitere Untersuchungen stammen u.a. von Bassler an verschiedenen klinischen Kollektiven (Bassler 1995).

b) Die Übertragung oder das zentrale Beziehungsmuster

Psychodynamische Therapeuten erkennen und nutzen auf der interpersonalen Ebene Beziehungsmuster zwischen sich und den Patienten, die sich laut bewährter klinischer Auffassung aus den viele Male ablaufenden Interaktionsmustern zwischen den Familienmitgliedern in der frühen Erfahrungswelt des Kindes ergeben haben. Diese Analyse der Beziehung zwischen Patient und Therapeut ist das entscheidende psychoanalytisch-

psychodiagnostische Instrument (Strupp und Binder 1984, Luborsky 1984, Thomä und Kächele 1985) (vgl. Kap. 5 und 6). Sich wiederholende dysfunktionale Beziehungsmuster gelten als Behandlungs- und entsprechend als Forschungsgegenstand. Der expliziten Ausformulierung von Beziehungsmustern kommt sowohl in der psychodynamischen und kognitiv orientierten Einzel und Gruppentherapie als auch in den Familientherapien zentrale Bedeutung zu.

Unter psychodynamischen Gesichtspunkten können diese Beziehungsmuster als konflikthafte Resultante zwischen den persönlichen Bedürfnissen bzw. Wünschen, den Ängsten und Abwehrvorgängen einerseits und den Reaktionen der Interaktionspartner andererseits verstanden werden. Die psychische Symptomatik des Patienten ist in charakteristische dysfunktionale Beziehungsmuster eingebettet - der Wunsch, die Angst bei der Wunscherfüllung und die entsprechende Abwehr des Wunsches bzw. der Angst konfiguriert auch die interpersonalen Beziehungen. Konflikte sind psychodynamisch zu verstehen als sich widersprechende oder sich gar ausschließende Wünsche und andere Motive, die Ängste vor den Konsequenzen bei der Wunscherfüllung und entsprechende Abwehrreaktionen sowohl auf der intrapsychischen als auch auf der interpersonalen Ebene hervorrufen.

Die Übertragung, das zentrale Konstrukt der psychoanalytischen Theorie der Entstehung (Ätiologie) und der Behandlungstheorie meint solche repetitiven Beziehungsmuster.

Methoden zur Erfassung von Beziehungsmustern

Die direkte Erfassung von konfliktiven interpersonellen und/oder intrapsychischen Beziehungsmustern aus dem Material therapeutischer Dialoge hat sich in den letzten zwanzig Jahren als erfolgreiche Forschungsstrategie durchgesetzt. Es wurden mehrere Meßinstrumente hierfür entwickelt. Zu den bekannteren Instrumenten zählen:

1. Luborsky, L. (1977): Core Conflictual Relationship Theme Method (CCRT), dt.: Zentrales Beziehungs-Konflikt Thema (ZBKT) (Luborsky et al. 1992) (Luborsky und Crits-Christoph 1998).
2. Horowitz, M. (1979): Configurational Analysis. dt.: Fischer (1989).
3. Dahl, H. (1988): Frames Method, dt.: Frames-Methode (Hölzer et al. 1998).
4. Gill und Hoffmann (1982): Patient's Experience of the Relationship with Therapist (PERT), dt.: Beziehungserleben in Psychoanalysen (BIP) (Herold 1995).
5. Strupp und Binder (1984): Dynamic Focus, dt.: (Strupp 1991) Dynamischer Fokus.
6. Weiss und Sampson (Weiss 1986): Plan Diagnosis/Plan Formulation Methode, dt.: Methode der Plan-Formulierung (Albani 2000).
7. Arbeitskreis OPD (2001) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Achse II: Beziehung (Grande et al. 1997)

Alle diese Meßinstrumente arbeiten motivational hoch besetzte, d.h. als relativ wichtig eingeschätzte Beziehungsmuster heraus und lassen sich sowohl auf kognitive als auch auf expressive Psychotherapieformen anwenden (Albani 2003). Der Zusammenhang der thera-

peutischen Bearbeitung dieser repetitiven Beziehungsmuster mit dem therapeutischen Ergebnis ist besonders für die Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Thema (ZBKT) nachgewiesen (Albani 2003). Anhand der Penn Collection of Psychoanalytic Cases (Luborsky 2001) wurde das CCRT auch für eine größere Zahl von Psychoanalysen eingesetzt.

Die von Weiss und Sampson (1987) konzipierte Plan Diagnosis/Plan Formulation ist ebenfalls ein inzwischen vielfältig bearbeitetes Instrument zur Messung von Übertragungstendenzen; sie wurde an einem Langzeitfall (Weiss 1986) und an psychoanalytischen Kurztherapien (Silberschatz 1986; Silberschatz 1986a; Curtis 1988; Silberschatz 1989; Silberschatz 1991; Silberschatz 1997) getestet. Eine deutsche Fassung der Plan Diagnose wurde ebenfalls vorgelegt (Albani 2000).

Den Zusammenhang von Übertragung und Widerstand hat Herold an Verbatimprotokollen anhand der deutschen Überarbeitung der Methode von Gill und Hoffman detailliert aufgeschlüsselt (Herold 1995). Eine weitere Einzelfallstudie analysiert ebenfalls den Zusammenhang von Beziehung, Widerstand und Einsicht anhand von formalen und inhaltlichen Textmerkmalen (Michal 2001).

Die Methode der FRAME-Analyse wurde von Dahl an dem US-amerikanischen psychoanalytischen Musterfall Mrs C demonstriert (Dahl 1988); eine deutsche Fassung dieser Methode wurde ebenfalls erprobt (Hölzer 1998).

c) Gegenübertragung

Meßmethoden für das klinische Konzept der Gegenübertragung sind bisher noch selten (Singer und Luborsky 1977). Möglicherweise führen linguistische Indikatoren auf die richtige Spur, um diese subtilen Phänomene klinischer Praxis empirisch verlässlich zu identifizieren (Dahl 1978)

Das therapeutisch hoch bewertete Konzept der emotionalen Einsicht ist empirisch noch wenig untersucht (Roback 1974). Allerdings hat Hohage hierzu eine empirische Erfassungsmethode vorgelegt, deren Wert als prozessuales Ergebniskriterium an einer Einzelfallstudie einer psychoanalytischen Langzeitbehandlung demonstriert wurde (Hohage und Kübler 1987, 1988).

d) Meisterung

Das erst relativ neu eingeführte empirische Konzept der Meisterung operationalisiert das therapeutische Konzept des Durcharbeitens (Grenyer und Luborsky 1996); Untersuchungen zu hochfrequenten Behandlungen mit diesem Konzept sind derzeit in Gange (Grenyer, mündl. Mitteilung 2003).

e) Freie Assoziation

Zur klinisch hochgeschätzten Methode der freien Assoziation liegen wenig naturalistische Studien vor; das Konzept wurde jedoch experimentell von mehreren Autoren untersucht (Bordin 1966), (Colby 1960), (Kris 1982; Kroth und Forrest 1969; Kroth 1970), (Teller und Dahl 1986), (Hölzer et al. 1988), (Heckmann 1987), (Bucci 1995). Eine neuere Studie an dem Verbatimmaterial einer Psychoanalyse belegt den Zusammenhang von interpretativer Aktivität und Produktivität des assoziativen Materials der Patientin (Spence 1993).

f) Deutungsarbeit und Patientenreaktion

Der prozessuale Zusammenhang von Deutungsaktivität und Reaktion des Patienten ist ein wiederholt untersuchtes Thema der psychoanalytischen Prozeßforschung. Einen aktuellen Stand der Forschungslage zu dem Zusammenhang gibt (Crits-Christoph 1998).

Aktuell bearbeitet eine Arbeitsgruppe des New Psychoanalytic Institute detailliert den Zusammenhang von Interventionen und nachfolgender produktiver Reaktion des Patienten (Waldron et al, 2001, Waldron 2003).

g) Strukturelle Veränderungen

Zu den schwer erfaßbaren Themen der empirischen Therapieforschung zählt die Annahme, die psychoanalytische Behandlung führe zu strukturellen Veränderungen, nicht nur zu symptomatischen Besserungen. Verschiedene inzwischen entwickelte Methoden stützen die Annahme. So wurde die Reaktion des Analysanden auf Unterbrechungen als Indikator für strukturelle Änderungen untersucht (Jimenez und Kächele 2002). Den Wert der Veränderung kognitiver Merkmale der Traumberichte und der dazu gehörenden Assoziationen als Veränderungsindikator belegten Leuzinger-Bohleber und Kächele anhand von fünf Einzelfällen; die gefundenen strukturellen Veränderungen ließen sich mit dem klinischen Erfolg der Behandlung parallelisieren (Leuzinger-Bohleber 1987; Leuzinger-Bohleber und Kächele 1988; Leuzinger-Bohleber 1989; Leuzinger-Bohleber und Kächele 1990).

Methodische Entwicklungen wie sie die Heidelberger Umstrukturierungsskala (Rudolf et al. 2000, Grande et al. 1997) darstellt, ergänzen das verfügbare methodische Arsenal. Mit Hilfe dieses Instruments können Veränderungen in der Verarbeitung intrapsychischer Konflikte und struktureller Beeinträchtigungen erfasst werden (Grande et al. 2001, 2003). Darüberhinaus findet das psychoanalytisch bedeutsame Konzept der sog. „strukturellen Veränderung,, findet in der Skala eine Operationalisierung, so dass die spezifischen Wirkungen von Psychoanalysen im Unterschied zu Psychotherapien messbar werden (Rudolf et al. 2002, Grande et al. 2003, Rudolf et al. 2003).

Grosses Interesse ziehen auch die Scales of Psychological Capacities (SPC, Wallerstein 1991) auf sich, die in der Münchner Psychotherapie-Studie (Huber 2001) bei niederfrequenten und

hochfrequenten analytischen Behandlungen angewendet werden: Diese Verfahren stellen wichtige Schritte zur Identifizierung von Kurz- und Langzeitveränderungen dar, die mit dem klinischen Konzept einer strukturellen Veränderung kompatibel sind.

Zunehmend findet das Adult Attachment Interview als Methode der Veränderungsmessung Anwendung; Fonagy et al. (1996) zeigen auf, inwieweit bisherige psychiatrische Diagnosen mit dem Bindungsstatus kovariieren und welche Veränderungen durch längerfristige Behandlungen zu erwarten sind (Bateman und Fonagy 2001). Eine Einzelfallstudie hierzu berichten Buchheim und Kächele (2003).

Literatur: siehe Hau u. Leuzinger-Bohleber (2004)