

NAPPO

12

Mitgliederrundbrief der Norddeutschen
Arbeitsgemeinschaft Psychodynamische
Psychiatrie e.V. – Herbst 2005

Das wilde Heer als Großgruppe

Editorial (2)

Die Wampold-Studie von Th. Piegler (3)

Es ist nicht gut für den Menschen dass er allein sei – assoziative Vorüberlegungen zur internen NAPP-Tagung 2005 von I. Engelmann (12)

Berliner überregionale Weiterbildung in analytischer Psychosentherapie (16)
Erinnerung: Mitgliederversammlung (17)

NAPPO ist der Mitgliederrundbrief der NAPP und erscheint unregelmäßig ein- bis zweimal im Jahr. Redaktion:
Ingo Engelmann, klangengel@t-online.de, Friedrichstraße 66a 21244 Buchholz
NAPP-Geschäftsstelle - www.napp-info.de / napp-info@t-online.de / Maria-Louisen-Str. 57, 22301 Hamburg
Tel. 040 / 46 774 888 - Fax 040 / 41 357 733 - Frau A. Kirchhoff-Walther, Sprechzeiten Dienstag 10-14 Uhr + Donnerstag 10-12 Uhr

Liebe Leser,

das Dutzend ist voll. Zwölfmal ist ein zusammengetackertes Heftchen auf Ihren Schreibtisch geflattert, auf dessen Titelseite das NAPP-Logo sowie eine manchmal etwas kryptisch wirkende Überschrift prangte. Der aktuelle Titel „Das wilde Heer als Großgruppe“ weist unübersehbar auf die bevorstehende vierte interne NAPP-Tagung hin, die dem Gruppenanalytiker Foulkes gewidmet sein wird. Seit den ersten Tagen der NAPP erlebt sich der Verein als Großgruppe, und die Freud-Vokabel vom „wilden Heer“ sollte sich die NAPP auch als Ehrentitel anheften können. Der NAPPO-Redaktör fasst seine Einfälle zur Tagung in dieser Ausgabe vorausschauend zusammen. Vorher informiert Th. Piegler in dieser Ausgabe über die bahnbrechende, aber nicht ausreichend beachtete Studie des amerikanischen Psychotherapieforschers Wampold. Abschließend wird auf die neue Berliner Weiterbildung zur analytischen Psychosentherapie hingewiesen.

Zwölf NAPPOs – wären wir abergläubisch, würde die nächste Nummer die Ziffer „14“ tragen, aber der NAPP sollte doch die 13 Glück bringen. Es wird nämlich die Ausgabe sein, in der zehn Jahre NAPP zu bejubeln, zu befragen oder zu bilanzieren sein werden. 1996 wurde nach ungefähr zweijähriger Vorarbeit der Verein NAPP e.V. gegründet. Die psychodynamische Landschaft hat durchaus Blüten entwickelt, aber gleich von blühenden Landschaften zu sprechen wäre sicher weit übertrieben. Und es gibt auch Dürre, immer mehr. NAPPO wartet auf Ihre Erinnerungen, Ideen und Erlebnisse mit der NAPP oder für ihre Zukunft.

Ich wünsche Spaß bei der Lektüre dieser Ausgabe – und hoffe auf Motivation, sich an der Gestaltung der nächsten („Jubiläumsausgabe“) zu beteiligen!

Ihr Redaktör

Ingo Engelmann

Wechsel im NAPP-Vorstand

Theresa Deininghaus ist neue Schriftführerin im Geschäftsführenden Vorstand der NAPP. Sie ist in eigener Praxis als Ärztliche Psychotherapeutin tätig und gehört schon lange dem Fachausschuss ambulante Psychosentherapie der NAPP an. Theresa Deininghaus löst Ingo Engelmann ab, der dieses Amt seit der Gründung 1996 innehatte. Ingo Engelmann wird die Redaktion des NAPPO weiter wahrnehmen.

Die Wampold-Studie

Von T. Piegler

Vorwort

Nachfolgend finden Sie eine Skizze, die sich mit der sog. „Wampold-Studie“ beschäftigt. Eigentlich ist sie nicht publikationsreif, war sie doch „nur“ als Einführung in die Thematik und als provozierender Beitrag, um Diskussion in Gang zu bringen, für eine institutsinterne Auseinandersetzung (Weiterbildungsinstitut für Psychoanalytiker und Psychotherapeuten (TP)) über dieses Thema gedacht. Bei dieser Veranstaltung fiel mir auf, dass sich anscheinend nur ein sehr kleiner Kreis für „Wampold“ interessiert bzw. seine Ausführungen so revolutionär sind, dass sie in Fachkreisen massive Abwehr hervorrufen – und das, obwohl das, was man da nunmehr als wissenschaftlich gesicherte Erkenntnis rezipieren kann, eigentlich ein alter Hut ist und sich schon in den Schriften von Ferenczi, Balint, Cremerius und Luborsky finden lässt. Nachdem ich nun auch in einem anderen Kreis von Weiterbildern (regionaler Weiterbildungsverbund für angehende Psychiater) feststellen musste, dass „Wampold“ offensichtlich wenig bekannt ist - um es vorsichtig auszudrücken! – habe ich mich entschlossen, diese Skizze dem NAPPO in der Originalform des ursprünglichen Referates zur Verfügung zu stellen. Die Kenntnis der Ergebnisse der Wampold-Studie kann nicht folgenlos bleiben – weder für die Lehre noch für die praktische Arbeit. Die einen werden sich in ihrem Tun bestätigt sehen, die anderen werden sich mit der Materie auseinandersetzen müssen! – In diesem Sinne bitte ich die folgenden, teilweise holzschnittartig formulierten Ausführungen als Information und als Anregung zur Diskussion zu verstehen. Um die weitere Beschäftigung mit diesem Stoff zu erleichtern, ist ein ausführliches Literaturverzeichnis beigelegt. – Voilà:

1. Teil

im vergangenen Jahr fand ich in der Zeitschrift „Forum der Psychoanalyse“ einen Artikel des Hannoveraner Psychoanalytikers Ulrich Berns, der mein Interesse auf sich lenkte. Der Titel: „Spezifische psychoanalytische Interventionen – kaum wirksam, doch unverzichtbar“. Er führt in seiner Publikation aus, dass die meisten von uns den verschiedenen Psychotherapieverfahren ihre Wirksamkeit auf Grund spezifischer Wirkfaktoren zuschreiben würden. Diese populäre Annahme sei nun endgültig widerlegt. Er verweist auf die von Bruce E. Wampold im Jahre 2001 vorgelegte, umfassende meta-analytische Studie, die eineindeutig beweist, dass alle Psychotherapieverfahren im wesentlichen auf Grund genereller Wirkfaktoren gleichermaßen wirksam sind. Berns Arbeit umfasst noch weitere Punkte, auf die ich – wenn die Zeit bleibt - später noch eingehen werde. Die von ihm zitierte Studie, die seit Jahren die Gemüter der Fachleute bewegt, ist 2001 in Buchform unter dem Titel „The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings“ erschienen, umfasst mehr als 250 Seiten und stammt von dem renommierten empirischen Psychotherapieforscher Bruce E. Wampold.



B. Wampold (* 1948 i. Washington) mit einem Bild seiner früh verstorbenen Mutter

Alle psychoanalytischen Schulen erheben seit eh und je den Anspruch, dass ihre jeweiligen spezifischen Interventionsformen die entscheidenden, wenn vielleicht auch nicht die einzigen heilsamen Wirkfaktoren sind. Die Psychoanalyse beispielsweise begann und lebt seit hundert Jahren mit dieser Hintergrundfigur. S. Freud ging seit seiner „Vorläufige Mitteilung“ (1895) von einem medizinischen Denkmodell aus: Er identifizierte bestimmte Symptome, ging davon aus, dass diese

Symptome durch Verdrängung traumatischer Geschehnisse in das Unbewusste verursacht werden, postulierte, dass die Symptomatik durch emotionale Einsicht in die Zusammenhänge zwischen Noxe und Symptomatik aufgelöst werden könne und erachtete die Deutung als die spezifisch wirksame Intervention.

In der Folge vertraten dann auch alle neu hinzukommenden Psychotherapieverfahren – zur Zeit über 250! - die nämliche Position, eben dass in ihrer theoriegeleiteten Praxis die spezifischen Wirkfaktoren die entscheidenden seien.

Da drängt sich natürlich die Frage auf, wie es sein kann, dass doch extrem unterschiedliche Therapieverfahren wie Verhaltenstherapie, klassische Psychoanalyse, Gesprächstherapie nach Rogers und Tausch, spezielle Traumatherapien wie die von Reddemann und Sachsse, um nur einige zu nennen, gleichermaßen wirksam sein können! Anhänger der Hypothese, die jeweiligen spezifischen Interventionen seien wirksam, nur sei es noch nicht möglich, dies nachzuweisen, sprechen vom Äquivalenzparadox. Ein Begriff, der in der ganzen Diskussion bedeutsam ist, so dass ich ihn hier erwähne. Anhänger der Hypothese aber, generelle Faktoren, die in allen Psychotherapieverfahren verwirklicht werden, seien für den Erfolg von Psychotherapie verantwortlich, sprechen von einer Wirksamkeitsäquivalenz der unterschiedlichen Verfahren. Cramer stellte 2003 fest: „Der zweifellos wichtigste, wenn auch verwirrendste Befund in der gesamten Psychotherapieforschung ist, dass zwischen den verschiedenen Psychotherapie-Richtungen keine signifikanten Unterschiede im Ergebnis festzustellen sind“ (Cramer, 2003, S. 277), und er meint, das „eher bescheidene Gewicht der sog. technischen Interventionen mag erklären, weshalb die meisten Psychotherapieforscher (heute) behaupten, die unspezifischen Faktoren, und insbesondere das therapeutische Bündnis, seien die wirksamsten Bestandteile therapeutischer Veränderungen“ (a.a.O., S. 287).

Zusammenfassend kann man sagen, dass wesentliche Ergebnisse der auf validen Metaanalysen basierten Wampold-Studie die folgenden, empirisch gestützten Aussagen sind:

1. „Psychotherapie ist bemerkenswert wirksam“ (a.a.O., S. 71, Übersetzung U.B.). Alle Psychotherapieverfahren haben eine absolute Effektstärke von 0.80, d.h. etwa 75%

aller Patienten profitieren nachweislich von einer Psychotherapie.

2. Es hat sich gezeigt, dass es hinsichtlich der Wirksamkeit der unterschiedlichen Verfahren lediglich geringe, wenn nicht gar keine Unterschiede gibt. Dieses sog. Dodo-Verdikt hat viele empirische Tests überlebt. Dodo-Verdikt meint "Everyone has won and all must have prizes", wie es bei Alice im Wunderland heißt.

Die geringen Unterschiede im Outcome verschiedener Psychotherapieformen widerlegen, dass spezifische Interventionen die Wirksamkeit von Psychotherapie bedingen.

3. Die allen untersuchten Psychotherapien gemeinsamen, d.h. die generellen Wirkfaktoren machen rund 70 Prozent der Gesamtwirksamkeit aus.

Alle diese Befunde sind so eindeutig, dass Wampold feststellt, weitere „Ergebnisstudien sind einzuschränken“ (a.a.O., S. 209) und der „(Forschungs)fokus ist auf Behandlungsaspekte zu legen, die die Wirkungen genereller Faktoren erklären können“ (a.a.O., S. 210).

4. Die spezifischen Wirkfaktoren der verschiedenen Psychotherapieformen machen höchstens 4 bis - wahrscheinlich schon zu hoch gegriffen!! - 8 Prozent der Gesamtwirksamkeit von Psychotherapie aus. Kein einziger spezifischer Wirkfaktor, z.B. Hypnose, Biofeedback, systematische Desensibilisierung, psychoanalytische Deutung, Sitzungsfrequenz, die Befolgung einzelner Vorschriften von Therapiemanualen, die Bewegung des Fingers beim EMDR, weitere spezifische Interventionen bei Traumatherapien etc. sind unabdingbare Voraussetzung, um eine therapeutische Wirkung zu erzielen.

5. Der Wirksamkeitsrest von mindestens 22 Prozent ist wahrscheinlich überwiegend durch bisher unerforschte Therapeutenvariablen und durch spezifische Eigenschaften von Patienten bedingt.

6. Die Wirksamkeitsunterschiede zwischen den verschiedenen Therapieverfahren sind deutlich geringer als die zwischen verschiedenen Therapeuten innerhalb ein und desselben Therapieverfahrens.

Dieser Befund falsifiziert die Spezifitätshypothese, er bestätigt die Äquivalenzhypothese und zeigt, dass die in etwa gleich wirksamen unterschiedlichen

Behandlungsverfahren ihre Wirksamkeit nicht aus ihren spezifischen Interventionsformen beziehen, sondern aus der Realisierung genereller Wirkfaktoren und schließlich zeigt er auch, dass die Bedeutung der Therapeutenpersönlichkeit die des Verfahrens bei weitem übersteigt.

Um es noch einmal klar zu sagen: Die bisherige Annahme, dass die spezifischen Interventionen des jeweiligen Behandlungsansatzes notwendig sind, um Veränderungen in Richtung Heilung beim Patienten zu bewirken, ist nicht länger haltbar! „Die Ergebnisse der Studien ... vermochten es nicht, Belege für die Wirksamkeit (spezifischer Interventionen) aufzudecken. ... Selbst die spezifischen Interventionen des bekanntesten therapeutischen Ansatzes, der kognitiv-behavioralen Therapie, sind offensichtlich nicht für den Erfolg der Behandlung verantwortlich“ (a.a.O., S. 147f, Übersetzung U.B.)..

Und noch etwas folgt daraus:

7. Seit geraumer Zeit wird versucht ‚evidenzbasierte‘ Therapie-Leitlinien in allen Gebieten der Medizin einzuführen. Ein Trend, der sich gesundheitspolitisch auf Grund des Spargebotes aufdrängt und dem selbst Kernberg mit seinem Borderline-Manual nicht widerstanden hat. Aber – kann das in der Psychotherapie wirklich gut gehen? - Zunächst fällt ja auf, dass die Idee dazu nicht von Ärzten und Psychotherapeuten stammt, sondern von Gesundheitsökonomern (Petermann, 2004). Sie haben demnach auch nicht viel mit den heilkundlich bereits existierenden Vorgaben zu tun, wie sie z.B. in den Berufsordnungen und in den Standards der verschiedenen Therapieverfahren niedergelegt sind, sondern es geht allein darum, die Behandlung selbst, ähnlich einem industriellen Produktionsprozess, nach Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten zu optimieren. Und zwar sollen diejenigen Behandlungen bestimmt und vorgeschrieben werden, die bei den geringsten Kosten den höchsten Nutzen haben. Das wäre eigentlich auch in Ordnung, wenn unter "Behandlung" auch Kontextvariablen verstanden würden, was aber meist nicht der Fall ist. "Behandlung" bezieht sich vielmehr auf isolierbare Techniken in Analogie zu den isolierbaren Bestandteilen eines Medikaments oder einer chirurgischen Operation.

Um im Sinne einer evidenzbasierten Medizin zur erforderlichen Vergleichbarkeit der verschiedenen medizinischen und psychologischen Behandlungstechniken zu kommen, müssten die Vorgehensweisen

präzise beschreibbar sein und den Kriterien einer zuverlässigen experimentellen Operationalisierung, Prüfung und interindividuellen Replizierbarkeit genügen. Dazu muss das 'medizinische Modell' verwendet werden, in dem alle idiographischen Variablen (Versuchsleiter, Therapeutenperson, kurz: alle Kontextvariablen) zu kontrollieren, bzw. vom Design her auszuschließen sind. Am Rande und eher spaßeshalber sei erwähnt, dass von einigen Übereifrigen (z.B. Degen, 2000) hierzulande tatsächlich gefordert wurde, Psychotherapie müsse, wie die Pharmakotherapie, durch Doppel-Blind-Studien befohrt werden. Nun kann zwar ein Arzt gegenüber dem im Rahmen einer Studie verabreichten Medikament 'blind' sein, aber doch nicht ein Psychotherapeut gegenüber der von ihm angewandten Intervention! Verständlich, dass Wampold auch darauf eingeht!

Damit entfällt in jedem Leitlinien-Modell die systematische Beforschung genau derjenigen Variablen, die den größten Anteil an den beobachteten Effektstärken haben (Metsch, 2005). D. h. Leitlinien nach dem medizinischen Modell verbieten sich in der Psychotherapie.

8. Störungsspezifische Therapieansätze, wie sie im Gebiet „Psychiatrie und Psychotherapie“ von der entsprechenden Fachgesellschaft, der DGPPN, nun aber auch schon in der Psychosomatik – etwa der Psychosomatischen Uni-Klinik Tübingen - favorisiert werden, sind – da dem medizinischen Modell verhaftet – in Psychotherapie und Psychosomatik kontraindiziert!

In Wampolds Untersuchungen gingen nur wenige lang dauernde Behandlungen ein. Streng genommen gelten daher Wampolds Aussagen nicht für Langzeitbehandlungen. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass Therapien, in denen über lange Zeit generelle Wirkfaktoren realisiert werden, erst recht wirksam sind. Hinweise dafür gibt die Arbeit von Sandel et al. (1999).

Angesichts der zitierten Ergebnisse der Wampold-Studie fragt sich Berns in seiner Publikation mit Recht, welche Schlussfolgerungen daraus für unser Denken und unser therapeutisches Handeln resultieren müssen.

Mir persönlich kam Berns Beitrag und damit die Wampold-Studie 2004 sehr gelegen, da seiner Zeit im Weiterbildungsausschuß der Hamburger Ärztekammer die Frage, ob tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapeuten Lehrtherapeuten für angehende

Tiefenpsychologen werden dürften, zur Diskussion stand. Sie können sich sicher vorstellen, wie sehr die Hamburger Instituts-Psychoanalytiker Front gegen jedwede Veränderung ihrer ausschließlichen Befähigung zur Lehranalyse machten und ihre Pfründe mit Zähnen und Klauen verteidigten. Wampolds Aussagen erschienen mir damals als unwiderlegbares Argument, um diese – schon aus Gründen einer gesunden beruflichen Identität - längst überfällige Forderung der tiefenpsychologischen Psychotherapeuten durchzusetzen. Aber – erlauben Sie mir, dies an dieser Stelle einzufügen – ich wurde bitter enttäuscht, denn kein Mitglied der ins Leben gerufenen Arbeitsgruppe schien bereit zu sein, Wampold wirklich zu rezipieren und die sich aus seinen Erkenntnissen ergebenden, absolut zwingenden Folgerungen zumindest ernsthaft zu bedenken, wenn schon nicht nachzuvollziehen. Da ich hoffe, dass es mir hier auf dem heimatlichen Terrain der APH nicht so geht, wie in jener Arbeitsgruppe, und es geradezu als meine Pflicht ansehe, Sie über diese gar nicht mehr so ganz neuen Erkenntnisse zu informieren, habe ich bei unserem letzten Freitagsgespräch so gerne die Aufgabe übernommen, heute hier zu moderieren.

Nun zu Wampolds Studie im einzelnen, die weit mehr umfasst, als das, was ich in knappen Sätzen zusammengefasst und an eigenen Überlegungen hinzugefügt habe:

Michael Buchholz, Psychologischer Psychotherapeut, Psychoanalytiker, Familientherapeut in privater Praxis und Professor im Fachbereich Sozialwissenschaften der Universität Göttingen hat unter dem Titel „Sigmund Freud hätte sich gefreut“, die Wampold-Studie im Auftrag der DGPT so knapp, verständlich und prägnant zusammengefasst, dass ich im Folgenden seinen Text weitestgehend übernehme.

2. Teil

„Das Buch des renommierten empirischen Psychotherapieforschers Bruce E. Wampold kontrastiert die empirischen Befunde zu zwei Hintergrundmodellen, die die Forschung jahrelang angeleitet haben, selten aber explizit formuliert wurden. Wampold bezeichnet sie als "medical model" und "contextual model". Das "medical model" ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet: a) Der Patient (oder Klient) hat eine Krankheit (ein Problem, eine Beschwerde), deren Symptome als Zeichen einer zugrundeliegenden Störung gelesen und in eine diagnostische Taxonomie gruppiert werden; b) die Krankheit wird durch eine psychologische Hypothese erklärt; c) der "Mechanismus" der Veränderung oder Heilung wird dem speziellen psychotherapeutischen Ansatz zugerechnet und leitet sich aus der Hypothese ab; d) jedem therapeutischen Ansatz eignen spezifische therapeutische Ingredienzien; e) es gibt einen spezifischen Faktor des therapeutischen Ansatzes, der für eine spezielle Störung als wirksam identifiziert und letztlich in einer manualisierten Form beschrieben werden kann.

Das "contextual model" besteht aus anderen Momenten: a) Psychotherapie wird als emotional hochbesetzte Beziehungsform angesehen, die eine hilfeschende Person vertrauensvoll mit einem professionellen Therapeuten eingeht; b) der Patient glaubt - und diese Überzeugung bzw .Hoffnung wird nicht zerstört -, dass der Therapeut tatsächlich hilfreich handelt; c) es gibt eine Art Plan oder Schema, vielleicht sogar einen Mythos, der eine plausible Erklärung für die Probleme liefert und d) schließlich eine Art Ritual oder Prozedur, sie zu bewältigen. Mit den beiden letzten Punkten ist gemeint, dass Psychotherapie durchaus nicht "wissenschaftlich validiert" sein muss; es können auch andere Mythen an die Stelle dieses einen treten. "Simply stated, the client must believe in the treatment or be lead to believe in it" (25).

Die Wurzeln des medizinischen Modells sieht Wampold beim frühen Freud, aber auch beim Behaviorismus und bei der von ihm beeinflussten Verhaltenstherapie (VT). Ein etwas weiter geführter historischer Rückblick hätte zeigen können, dass die beiden Modelle schon bei Pinel zu finden waren und zwei Diskurse generierten, die das psychiatrische Denken bestimmt haben (Kiceluk 1993). Sie sind, wie wir jetzt sehen können, auch von der empirischen Forschung nicht außer Kraft gesetzt worden. Allerdings ist bezüglich der VT interessant, dass deren Exponenten noch in

den 1970er Jahren vehement gegen das "medizinische Modell" in der Psychotherapie Stellung bezogen, während sie in neuerer Zeit spezielle Techniken für spezielle Störungen anbieten - und damit in Wampolds Definition dem einst abgelehnten medizinischen Modell folgen. Interessant ist, dass diese Wandlungen eher den ökonomischen Rahmenbedingungen als Sachentwicklungen parallel gehen. Das medizinische Modell scheint sich für Kämpfe um claims besser zu eignen.

Diese Hintergrundmodelle sieht Wampold auf einem spezifischen Abstraktionsniveau angesiedelt; über den therapeutischen Techniken siedelt er "Strategien", darüber "theoretische Ansätze" und erst auf oberstem level die genannten meta-theoretischen Modelle an. Um über die Wirksamkeit von Techniken, Strategien oder Theorien mit empirischen Mitteln zu entscheiden, genügt es, entsprechende Studien durchzuführen; um jedoch über die Hintergrundmodelle zu entscheiden, muss die gesamte empirische Literatur gesichtet, insbesondere durchgeführte Meta-Analysen zu Rate gezogen und Klarheit darüber geschaffen werden, dass beide Hintergrundmodelle höchst unterschiedliche Voraussagen machen.

Das Buch ist klar gegliedert und Wampold formuliert sein Ergebnis vorneweg: Die strikt empirische Argumentation zeigt, "that psychotherapy is incompatible with the medical model and that conceptualizing psychotherapy in this way distorts (verdreh) the nature of the endeavour (Bemühung). Cast in more urgent tones, the medicalization of psychotherapy might well destroy talk therapy as a beneficial treatment of psychological and social problems" (2). Weil Wampold strikt empirisch argumentiert, ist das kein vorweg bestätigtes Vor-Urteil, sondern genauer Befund, dessen Nachweise nun in detaillierten Kapiteln geliefert werden.

Zunächst werden unterschiedliche Vorhersagen beider Hintergrundmodelle entwickelt: Zwar sagen beide Modelle vorher, dass Psychotherapie wirksam sei, aber nicht, dass es eine einheitliche Wirkungsweise geben kann. Das medizinische Modell (MM) muss vielmehr annehmen, dass „richtige“ Techniken bessere Effekte erzielen und weiter, dass diese auch spezifisch sind. Dazu gehören dann Untersuchungsdesigns, die diese Ingredienzien zu isolieren versuchen, um ihre Effekte bestimmen zu können. Spezifische Effekte sind dann größer als die allgemeinen Effekte von Psychotherapie - und hier macht das contextual model (CM) die Vorhersage,

dass sich keine spezifischen Effekte entdecken lassen. MM prognostiziert, dass generelle Effekte geringer seien als die spezifischen, an eine Technik gebundenen Effekte, während CM genau die umgekehrte Vorhersage macht.

Die Genauigkeit dieser Differenzierung macht die Stärke des ausschließlich empirisch argumentierenden Buches aus. Wampold bezieht keine Studien ein, die länger dauernde Therapien untersucht hätten; das mag eine Schwäche sein, ist aber wohl eher der Situation in den USA geschuldet. Hier werden überhaupt nur kürzere Therapien kassenfinanziert; die Forderung der American Psychological Association nach einem rigiden Kriterienkatalog, um "empirically supported therapy" (EST) von empirisch nicht-gestützten Therapien unterscheiden zu können (vgl. dazu Buchholz 2000), hat erhebliche Verwüstungen hinterlassen, die leider in Deutschland noch nicht überwunden sind. Aber dies Buch wird beitragen, diese Verwüstungen zu korrigieren. Wampold ist hier ganz klar: Ein solcher Kriterienkatalog kann nur auf dem Hintergrund eines "medical model" Sinn machen -und umso brisanter, auch in berufspolitischer Hinsicht, wird es, wenn seine streng empirisch ausgerichtete Argumentation zeigt, dass so weder sinnvolle Forderungen erhoben noch politische Entscheidungen über den Ausschluss bestimmter Verfahren begründet werden können.

Genauestens beschreibt der Autor nun methodische Fragen, z.B. das "dismantling (auseinander nehmende) design". Eine Therapie wird durchgeführt, um dann einzelne ihrer Elemente zu entfernen oder hinzuzufügen. Man kann erwarten, so die spezifisch wirksamen Ingredienzien zu entdecken - doch leider ist dem nicht so. Selbst wenn man traumatisierte Patienten mit EMDR behandelt und sie nicht dem Zeigefinger des Therapeuten folgen, sondern einen festen Punkt fixieren lässt, stellen sich Effekte ein. Das aber widerspricht der physiologischen Erklärungshypothese radikal. Genauestens wird erklärt, und man muss kein Statistik-Experte sein, um folgen zu können, wie Meta-Analysen angelegt sind und was ihre methodischen Fallstricke sind.

Ein Beispiel: Meichenbaum, ein Verhaltenstherapeut, entwickelte eine "Self Statement Modification"-Therapie (SSM): Patienten könnten ihre negativen Selbst-Statements modifizieren lernen, um zu mehr Selbstbewusstsein zu gelangen. Wampold zitiert nun eine Meta-Analyse, die auf 69 Studien basiert, worin SSM mit anderen

Verfahren, wie Ellis' rational-emotiver Therapie und Kontroll- bzw. Placebo- Gruppen verglichen wird. Die Daten sprechen eindeutig für SSM. Unterscheidet man aber die Studien, in denen Meichenbaum Autor oder Co-Autor war von jenen, die er nicht mitverfasst hat, sieht das Ergebnis ganz anders aus. Die von Meichenbaum mit verfassten Studien weisen alle für SSM höhere Effektstärken aus als jene Studien, in denen Meichenbaum kein Autor war. Aber nicht nur das. In den ohne ihn verfassten Studien sind auch die Effektstärken der non-SSM-Gruppen wesentlich höher - ein Befund, der klar für das "contextual model" spricht.

Systematisch wird dann gezeigt, dass alle Psychotherapien erfolgreich sind und in einzelnen Studien gefundene Differenzen durch statistische Streuungseffekte zu erklären sind. Wampold nimmt nach Durchsicht der Befunde als gültig an, dass Psychotherapie insgesamt eine Effektstärke von 0,80 habe, d.h. etwa 75 % aller Patienten, die einen Psychotherapeuten aufsuchen, können nachweislich und gesichert davon profitieren. Das freilich gilt nicht, wenn Patienten in Studien Therapien zugeführt wurden, wo Therapeuten nur "quatschen", um die Placebo-Bedingung zu wahren; hier gibt es keinen "Plan" und die Therapeuten glauben selbst nicht an die von ihnen durchgeführte Therapie. Dann stellen sich auch die normalerweise erwartbaren Effektstärken nicht ein - wiederum ein klarer Befund für CM, denn das "contextual model" impliziert, dass ein Therapeut, der nicht an seine eigene Behandlung "glaubt", auch Glaube und Hoffnung seines Patienten zerstört.

Konsequent argumentiert Wampold auch gegen die Forderung, Psychotherapie in biostatistischen Designs zu prüfen; das gehe schon deshalb nicht, weil Therapeuten nicht "blind" sein können für die von ihnen verabreichte "Medizin". Was bei der Prüfung eines Medikamentes ein sinnvolles Unternehmen ist, verliert seinen Sinn im Fall der Psychotherapie.

In folgenden Kapiteln prüft Wampold die Befunde zu allgemeinen und spezifischen Effekten, zur therapeutischen Allianz, zur sog. Adhärenz (inwieweit Erfolge davon abhängen, dass Therapeuten an ihre Methode glauben) und schließlich zu den Therapeuten-Effekten. Hier wird die Sache auch für diejenigen extrem spannend, die Befunde zu langen Therapien suchen. Es zeigt sich überall, dass die Vergleiche zwischen verschiedenen Therapie-techniken bzw. -methoden weit weniger groß

sind als die Unterschiede innerhalb derselben Schulen, aber zwischen den verschiedenen Therapeuten (so kürzlich auch Najavits 2001). Und es zeigt sich, dass jene Therapeuten die besseren Erfolge haben, die nicht auf Technik setzen, sondern auf den Kontakt; die nicht eine quasi-biologische, sondern eine psychologische Hypothese verfolgen; die nicht glauben, das Problem sei durch Psycho-Technik rasch zu lösen, sondern die von Anfang an wissen, dass psychische Entwicklung Zeit braucht und verbraucht. Hier finden die psychoanalytischen Erfahrungen in Klinik und Ausbildung ihre empirische Stützung, wenn auch noch nicht unbedingt Bestätigung. V. a. scheint es auf die Fähigkeit der Therapeuten anzukommen, sich nicht "verwickeln" zu lassen, das Arbeitsbündnis aufrechtzuerhalten und auf Gegenaggression im Fall "schwieriger" Patienten zu verzichten - das aber, so schon der systemische Therapeut Dell (1986), spreche für aufwendige Ausbildungen von Psychotherapeuten, wie sie nur die psychoanalytische Tradition biete.

Wampold zieht Folgerungen, die auch für die bundesdeutsche Diskussion Bedeutung haben. Forschungsmäßig scheint klar, dass das Studium des Prozesses, nicht mehr des outcome, größtes Interesse beanspruchen kann, dass hier qualitative Studien Gewicht gewinnen werden; prägnanter scheint hervorzutreten, dass Patienten v. a. bestimmte "worldviews" haben und innerhalb derer bekommen ihre Gefühle jenes konflikthafte Gewicht, das ihnen zu schaffen macht. Gefühle an sich sind in Therapien nur phasenweise Thema, sie werden von Weltbildern geordnet und strukturiert. Die Suche nach den spezifischen Ingredienzien des Therapiecocktails erhält einen besonderen Dreh: "...the therapist needs to realize that the client's belief in the explanation for their disorder, or complaint is paramount (ausschlaggebend) ..." (218). Die Behandlung muß im Sinne einer adaptiven Indikation dazu passen. Deshalb kann Wampold in aller Schärfe nur empfehlen, sich von den EST-Kriterien ohne Wenn und Aber zu verabschieden - eine Folgerung, die für die Beschlüsse des wissenschaftlichen Beirats zum Psychotherapeutengesetz nicht ohne Folgerung bleiben kann; dies besonders deshalb, weil hier ein strikt empirisch argumentierendes Buch vorliegt. Dass diese empirischen Befunde nicht für eine quasi-medizinische Forschungsstrategie sprechen, dass sie nicht dafür sprechen, Psychotherapie als medizinisches Unternehmen aufzufassen, bedeutet in keiner Weise einen Angriff auf Ärzte als Psychotherapeuten. Es bedeutet

eher eine Stärkung jener Position, die psychoanalytisches Denken stärker in der Medizin verankern wollte, wie es von Balint inauguriert wurde - weil die Medizin dieses Denken gebrauchen kann, auch wenn es ganz anderen Ursprungs ist. Es bedeutet, dass über diese Dinge neu nachgedacht werden muss - auf dem Boden harter empirischer Daten.

Beide Momente; die Überwindung der Medizinalisierung und das gerade durch empirische Forschung, hätte, da darf man wohl sicher sein, Sigmund Freud in der Tat gefreut.“ – Und ich, meine Damen und Herren, möchte hinzufügen, Balint auch! Denn hier hätte er die überragende Wirkung der „Droge Arzt“ empirisch bestätigt gefunden!

3. Teil

Nur ganz kurz möchte ich zum Schluß noch ein paar Schlagworte zu Berns Schlussfolgerungen sagen, so weit sie nicht schon in dem Ausgeführten zur Sprache gekommen sind:

1. Die entscheidende Frage ist heute nicht mehr, ob für einen Patienten psychoanalytisch begründete Therapieformen oder Verhaltenstherapie oder Gesprächspsychotherapie hilfreicher sind. Die entscheidende Frage ist vielmehr, welcher Therapeut mit welchem Verfahren zu diesem Patienten und dessen Vorstellungen am besten passt!

2. Die Überzeugung von der besonderen Wirksamkeit des eigenen Therapieverfahrens muss aufgegeben werden. Das ist deshalb besonders schwierig, da, so Cramer, „die hohe narzisstische Besetzung unserer eigenen Therapieformen vermutlich das stärkste oder eines der stärksten Motive ist, Psychotherapie zu praktizieren.“ Nach Leuzinger-Bohleber sollte man gleichwohl weiterhin fest überzeugt bleiben von der Wirksamkeit und Güte des eigenen therapeutischen Angebots.

3. Die Verwirklichung der „genereller Wirkfaktoren“ ist in der Therapie unabdingbar. Berns nennt das von ihm hierzu empfohlene Verfahren „adaptive Psychoanalyse“. Aus meiner Sicht ist es eine Art intersubjektiven Vorgehens, das die von Rosenzweig schon 1936 benannten generellen Wirkfaktoren sehr ernst nimmt. Der Titel seiner vor fast 70 Jahren (!) publizierten Arbeit lautete: „Some implicit common factors in diverse methods of

psychotherapy: at last the dodo said: „Everybody has won and all must have prizes.“ Er benennt als solche generelle Wirkfaktoren:

- die Fähigkeit von Therapeuten, ihre Persönlichkeit zur Gestaltung des therapeutischen Prozesses zu nutzen,
- Erschaffen und Aufrechterhalten einer emotional bedeutungsvollen und vertrauensvollen Beziehung (das „psychotherapeutische Arbeitsbündnis“),
- das Bemühen des Therapeuten um bedingungslose Annahme des Patienten und lang anhaltende Empathie,
- das Auflösen von Störungen in der therapeutischen Beziehung,
- die Überzeugung des Therapeuten, dass seine Therapiekonzeption hilfreich ist („die Allegianz“) und die entsprechende Erwartung des Patienten,
- Formulieren konsistenter Interventionen gemäß einer Therapiekonzeption, einem Behandlungsplan bzw. -schema oder -mythos, der oder das eine plausible, wenn auch nicht notwendigerweise wahre Erklärung der Symptome des Patienten ermöglicht und aufzeigt, wie der Patient seine emotionalen Schwierigkeiten überwinden kann,
- eine Vorgehensweise mit aktiver Teilnahme sowohl seitens des Patienten als auch des Therapeuten,
- Bestehen eines gemeinsamen Weltbildes.

Berns glaubt, uns in seinem Artikel ein „happy end“ bereiten zu müssen und so lässt er ihn versöhnlich ausklingen - oder glaubt er uns nach alledem Mut zusprechen zu müssen? -: Wampold, so Berns abschließend, - ich zitiere: - „geht in seiner Studie auch auf die Ausbildung in Psychotherapie ein. Er empfiehlt, die Therapiemanuale in Lehre und Praxis aufzugeben. Vielmehr wäre die Beziehung zwischen Patient und Therapeut in das Zentrum einer jeden psychotherapeutischen Ausbildung zu rücken. Genau dies ist seit jeher das Anliegen der verschiedenen psychoanalytischen Richtungen. Psychoanalytiker können begründet überzeugt sein von der Wirksamkeit ihrer Therapie für die meisten Patienten. In psychoanalytischer Forschung, Lehre und Praxis sollten dabei allerdings die Wampold-Erkenntnisse berücksichtigt werden.“

Literatur

Beck A T, Rush A J, Shaw B F & Emery G (1979) Cognitive Therapy of Depression. New York:Guilford

Berger L S (1985) Psychoanalytic Theory and Clinical Relevance: What Makes a Theory Consequential for Practice? The Analytic Press, Hillsdale, New Jersey

Berns, U (2001) Valide Interventionen in der Psychoanalyse. Forum Psychoanal 17: 312-331

Berns, U. (2004): Spezifische psychoanalytische Interventionen – Kaum wirksam, doch unverzichtbar? Forum der Psychoanalyse. 3, 2004, 284-299

Bonac V A (2001) The Forbidden Knowledge of the Unconscious. Int. J. Comm. Psychanal. Vo 16, Nr.1-2: 11-23

Brenner C (1994) The Mind as Conflict and Compromise Formation. J. Clin. Psychoanal., 3: 473-488

Buchholz, M.B. (2000): Effizient oder Qualität -Was in Zukunft gesichert werden soll. Forum der Psychoanalyse 16, 59-80

Buchholz M (2002) Rezension: Wampold B E: The Great Psychotherapy Debate. mbb@t-online.de

Buchholz, M.B. (2003a) Rezension zu Wampold, 2001.
<http://www.dgpt.de/dokumente/RezensionBuchholzWampold.pdf>

Gedruckt in: Psyche 57/ 7, S.673-676, Stuttgart: Klett-Cotta

Buchholz, M.B. (2003b): Sind Psychotherapie und professionelle Psychotherapie identisch? Punktum, Ausgabe September 2003. Zürich: Schweizerischer Berufsverband für Angewandte Psychologie.

<http://www.sbak.ch/pdf/punktum10Sep2003.pdf>

Cohen J (1988) Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Appelbaum Associates

Cramer B (2003) Kann der Therapeut aus der Psychotherapieforschung lernen? Kinderanalyse, 11: 275-291

Degen, R. (2000): Lexikon der Psycho-Irrtümer. Frankfurt: Eichborn.

Deli, P .F. (1986): Klinische Erkenntnis. Dortmund (Verlag modernes Lernen)

Deutsches Ärzteblatt 97, Heft 1-2, Seite A-59. Hrsg: Bundesärztekammer

Dush D M, Hirt M L & Schroeder H Self-Statement Modification with Adults: A Meta-Analysis. Psychological Bulletin, 94: 408-422

Ellis A (1957) Outcome of Employing three Techniques of Psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61: 199-201

Fonagy P (1999) The Relationship of Theory and Practice in Psychodynamic Therapy. Journal of Clinical Child Psychology, 28: 513-520

Frank, J.D. (1961): Persuasion and healing. New York: Schocken.

Freud S (1895) Studien über Hysterie. Vorläufige Mitteilung. GW 1: 81-98

Freud S (1899a) Über Deckerinnerungen. GW 1: 529-554

Freud S (1913c) Zur Einleitung der Behandlung. GW 8: 453-478

Freud S (1925) Selbstdarstellung. GW 14: 31-55

Grawe K (1981) Vergleichende Psychotherapieforschung. In: Minsel WR/Scheller R (Hg): Brennpunkte der klinischen Psychologie. München: Kösel, 149-183

Grawe K (1994) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogreve: Göttingen, Bern, Toronto. Seattle

Grawe, K. (1998): Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe

Grünbaum A (1988) Die Grundlagen der Psychoanalyse. Eine philosophische Kritik. Philipp Reclam jun. GmbH und Co., Stuttgart

Kiceluk, S. (1993): Der Patient als Zeichen und Emhlung: Krankheitsbilder, Lebensgeschichten und die erste psychoanalytische Fallgeschichte. Psyche-Z Psychoanal47 , 815-854

Kuhn T S (1973) Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Suhrkamp

Langs R (1982) Psychotherapy: A Basic Text, New York, Jason Aronson

Meichenbaum D (1986) Cognitive-Behaviour Modification. In F H Kanfer & A P Goldstein(Eds.), Helping People Change: A Textbook of Methods (3rd ed., pp. 346-380). New York: Pergamon Press

Metsch, H. (2005): Psychotherapie oder Psychotechnik? Internetseite Psyon.
<http://www.psyon.de/>

Najavits, L;M. (2001): Helping "Difficult" Patients. Psychotherapy Research 11.131-152

Parloff M B (1984) Psychotherapy Research and its Incredible Crisis. Clin. Psychol Rev.4: 95-109

Neukom, M. (2003): Für eine offene Psychotherapieforschung. Punktum, Ausgabe September 2003. Zürich: Schweizerischer Berufsverband für Angewandte Psychologie.

<http://www.sbap.ch/pdf/punktum10Sep2003.pdf>

Petermann, F. (2004): Evidenzbasierte Psychotherapie: Hilfe oder Fessel? Vortrag auf den Stuttgarter Therapietagen, 29.10.2004 (im Druck).

Revenstorf, D. (2005): Das Kuckuksei - Über das pharmakologische Modell in der Psychotherapieforschung. Psychotherapie, 10,1, 22-31. München: cip-Medien

<http://www.revenstorf.de/meg/downloads/DasKuckuksei.pdf>

Rosenzweig S (1936) Some Implicit Common Factors in Diverse Methods of Psychotherapy: At last the Dodo said, „Everybody has won and all must have prizes.“ Am. J. of Orthopsychiatry, 6: 412-415

Rothstein A (1998) Psychoanalytic Technique and The Creation of Analytic Patients. Int. Univ. Press, Connecticut

Rothstein A (2000) Psychoan. Inquiry, Vol. 20, 4: 611-27

Sandel R, Blomber J, Lazar A, Schubert J, Carsson J, Broberg J (1999) Wie die Zeit vergeht. Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und analytischen Psychotherapien. Forum Psychoanal15: 327-347

Schafer R (1980) Narration in the psychoanalytic dialog. In R. Schafer, The analytic attitude. (pp. 212-239). New York: Basic Books

Wampold B E (2001): The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods, and Findings. Lawrence Erlbaum Associates

Wampold B E (2001): The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods, and Findings. Lawrence Erlbaum Associates

Der Verfasser:

Dr. med. Theo Piegler
Arzt für Psychiatrie, Psychotherapie,
Neurologie u. Psychotherapeutische Medizin
Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Bethesda-AK gGmbH, Bergedorf
Glindersweg 80
D-21029 Hamburg

„Gruppenanalyse“

4. interne Tagung der NAPP

Ort:

Hotel Dieksee,
Diekseepromenade 13-15
23714 Malente

Zeit:

4. November 2005
12 Uhr: NAPP-Mitgliederversammlung
15 Uhr: Beginn der Tagung

5. November 2005
8 Uhr Frühstück
18 Uhr Ende der Tagung

Referenten:

Sally Willis

(B.A. Hons, Member of the Institute of Group Analysis, London
Gruppenlehranalytikerin SGAZ (Seminar für Gruppenanalyse Zürich):
Vorträge und Diskussion

Gerhard Wilke

Gruppenanalytiker, Organisationsberater):
Analytische Großgruppe

Silke Bethke, Kerstin Müller

(Ergotherapeutinnen – NAPP-Mitglieder):
Gestaltungstherapeutische Großgruppe

Anfahrt:

BAB A1 bis Abfahrt Eutin
Richtung Kiel durch Eutin bis Malente
von der L 174 links in die Eutiner Straße
am Ende links in die Frahsallee
sofort rechts in die Seestraße
gleich wieder rechts in die Plöner Straße
und dann gleich links in die Diekseepromenade

Weitere Informationen:

NAPP-Geschäftsstelle
Frau Kirchhoff-Walther
Maria-Louisen-Straße 57
22301 Hamburg
Tel. 040/46 77 48 88
Fax 040/41 35 77 33
napp-info@t-online.de

Es ist nicht gut für den Menschen dass er allein sei

Gruppen in Psychotherapie, Psychoanalyse
und Alltag. Assoziative Vorüberlegungen
zur internen NAPP-Tagung 2005

Von Ingo Engelmann

Einfälle

S.H. Foulkes steht im Mittelpunkt der diesjährigen internen NAPP-Tagung. Der Analytiker stammte aus Wien und floh vor den Nationalsozialisten nach England. Hier entwickelte er Theorie und Praxis der Gruppenanalyse. In seiner therapeutischen Praxis geht es nicht in erster Linie um eine Situation, in der Therapeut und Patient in einer direkten Interaktion zu zweit verbandelt und „die Anderen“ in Phantasie- und Übertragungsprozessen indirekt präsent sind. Es geht um die Gruppe, in der sich Patienten begegnen und zum Therapeut-Patient-(Übertragungs-)Muster auch die Patient-Patient-Muster („Matrix“) treten.

So ist's ja besser zu zweien als allein; denn sie haben guten Lohn für ihre Mühe. Fällt einer von ihnen, so hilft ihm sein Gesell auf. Weh dem, der allein ist, wenn er fällt! Dann ist kein anderer da, der ihm aufhilft. Auch, wenn zwei beieinander liegen, wärmen sie sich; wie kann ein einzelner warm werden? Einer mag überwältigt werden, aber zwei können widerstehen, und eine dreifache Schnur reißt nicht leicht entzwei.

(Prediger Salomo – Kohelet, Kapitel 4, 9-12)

Auch ein Therapeut und ein Klient sind zu zweit. Aber das biblische Buch Kohelet meint eine Situation, die mehr Gleichheit und Gegenseitigkeit beinhaltet als es die Therapeut-Klient-Zweiheit ermöglicht. Da wär-

men sich zwei, und die Wärme geht hin und her, keiner ist nur Wärmespendender oder – nehmer, Wärmeaustausch ist keine Einbahnstraße. Dabei dürfen die sich Wärmenden ansonsten recht unterschiedlich sein, der eine dick und der andere dünn, der eine ein Backofen und der andere hat sowieso immer kalte Füße. Und die dreifache Schnur, die nicht leicht entzwei reißt – das ist dann schon eine Gruppe. In der Gruppe treten neue Phänomene auf: was beim Einzelnen in Bewusstes und Unbewusstes gegliedert ist, findet in der Gruppe einen Ausdruck im Umgang miteinander, in der Gruppen“kultur“ und im verbal wie nonverbal kommunizierten Material.

Gruppenstrukturen sind älter als die Menschheit. Sigmund Freud bezog sich wiederholt auf die Urhorde, die ihre ersten Strukturen entwickelt. Buchstäblich ist die „Horde“ nicht weit entfernt von der „Herde“, also der Gemeinschaft von Tieren einer Art, die sich gegenseitig nutzen und schützen können.

Eine Herde kann aus einem anonymen Sozialverband bestehen, in dem sich die Individuen nicht kennen oder aus einem individualisierten Sozialverband, bei dem die Tiere miteinander vertraut sind. Bei kleineren Herden kann es sein, dass diese locker organisiert sind und kein Tier eine Führungsfunktion hat wie z. B. bei männlichen Hirschen (Cervidae) außerhalb der Paarungszeit. Oder aber die Herde ist organisiert und ein Tier hat die Führungsposition, wie dies z. B. bei Pferden (Equidae) der Fall ist.
(www.wikipedia.de)

In der Urhorde findet der geschichtsstiftende Mord des Ur-Vaters durch seine Söhne statt, gefolgt vom daraus sich ableitenden Schuldbewusstsein und der fortwährenden Sühne angesichts des Bildes vom ermordeten und dann idealisierten Gott-Vater. Wenn Freud von der Horde spricht, ist vielleicht eher eine Herde (als sich organisierender Übergang tierischer Sozialverbände zu menschlichen Gruppen) gemeint. „Horde“ als Lehnwort aus den Turksprachen bezieht sich ursprünglich mehr auf umherziehende kämpferische Gruppierungen wie die Tartaren, also einen bunten und streitlustigen Haufen, der mal hier und mal da lagert, ein wildes Heer. Als solches sah wiederum Freud die ganze psychoanalytische Bewegung:

„Wer erkennt dass Übertragung und Widerstand die Drehpunkte der Behandlung sind, der gehört nun einmal rettungslos zum wilden Heer.“

schreibt er in einem Brief an Georg Groddeck im Jahre 1917. Vieles spricht dafür, auch in der ersten Gruppe von Psychoanalytikern im Vorkriegs-Wien eine Horde zu sehen (die vielleicht auch ihren Ur-Vater morden und dann idealisieren wollte...)

Nicht immer gelingt der Gruppe ein progressiver Umgang mit dem Vater. Der Gruppentherapeut Rattner beteiligt sich als junger Mann am Aufbau der von seinem Lehrer Liebling gegründeten Züricher Großgruppe. Diese entwickelt sich später zum „Verein zur Förderung der Psychologischen Menschenkenntnis“ VPM, einem gelinde gesagt konservativen Bündnis für das Heil der Welt durch psychologische Menschenführung. Rattner baut in Berlin einen „Arbeitskreis für Tiefenpsychologie, Gruppendynamik und Gruppentherapie“ auf. Dort werden „bei Veranstaltungen mit mehreren Hundert Personen auch intimste Probleme vorgetragen, Ängste, Sinnlosigkeitsgefühle, Sexualprobleme, Erziehungs- und Eheschwierigkeiten. Aus dem zunächst therapeutischen Anliegen entwickelt sich ein soziales Experiment: eine Lebensform in der Gruppe, die Sport und gemeinsames Lernen und Lesen umfasst“ (Albrecht 1999). Der als Gruppen- und Sozialpsychologe renommierte Rattner fährt das interessante Experiment mehr oder weniger gegen die Wand. Der Foulkes-Schüler Cohn „erkennt in Rattners Projekt der Großgruppe den „Weg des charismatischen Schöpfers, der sein eigenes Werk zerstört, weil er sich ihm nicht einordnen kann“, und, paradox genug für einen Gruppenleiter, „unfähig ist, das Mit-Sein des Anderen als existentielle Gegebenheit anzunehmen“ (Albrecht 1999).

Vergleichbare Probleme ergeben sich auch in der „Deutschen Akademie für Psychoanalyse“ DAP des Psychoanalytikers Ammon: Gruppendruck und Sektenstrukturen entwickeln sich aus den ursprünglich antiautoritären Wurzeln und verkrusten zunehmend. Die Gruppenmatrix wird zu einer Pyramide, hier mit Günter Ammon an der Spitze, oder dort mit Josef Rattner, oder.... Die Klinik der DAP in München arbeitet mit einem gruppenorientierten Konzept, das den totalitären Charakter der Therapie offenbart.

Auch die NAPP ist eine Gruppe, und der erste „Vater“ hat sich höchst lebendig von seinem Vater-Vor-Sitz zurückgezogen. Times they are a'changin'.

Schlussfolgerungen

Was sagt uns dieses Sammelsurium assoziativer Einfälle zum Thema „Gruppe“? Unser Leben, unsere Strukturen in Bewusstsein und Unbewusstem, unsere Religion, unsere Beziehungen, unsere Erkrankungen und unsere NAPP sind von Gruppenerleben und Gruppenerfahrungen geprägt. Aber wenn es darum geht, dass unsere inneren Strukturen aus dem Gleichgewicht kommen, wir mit unserem Gott hadern oder wir seelisch erkranken, dann ist meist Schluss mit Gruppe. In den psychotherapeutischen Praxen wird fast nur Einzelbehandlung durchgeführt, die psychoanalytische wie verhaltenstherapeutische Literatur bezieht sich fast ausschließlich auf Einzelbehandlungen, und in der Gemeindepsychiatrie kommen Gruppen immer stärker zum Einsatz, je therapieferner der Bereich ist. Selbsthilfe gibt es fast nur in Gruppen. Kostet ja auch nichts.

Ein bisschen künstlich ist diese Polarisierung schon. Die NAPP-Tagungen befassten sich bisher mit Donald Winnicott, mit Gabor Ferenczi und mit Melanie Klein. Da ging es eigentlich eher um Einzeltherapie. Aber es ging auch immer um den Einzelnen und seine Beziehungen, um seine Eltern, seine Familie. Das sind die Elemente des Sozialen, der gemeinsamen Welt. Die möglichen Verbindungen, die die Elemente des Sozialen miteinander eingehen, ihre Tragfähigkeit oder Risiken erschließen sich aus den individuellen Grundlagen, wie sich anorganische und organische Chemie aus den Elementen und ihren molekularen Verbindungsmöglichkeiten ergeben. Interessant wird es, wo sich durch die Kombination der je Einzelnen miteinander neue Qualitäten ergeben, und dem ist seit SH. Foulkes die Gruppenanalyse auf der Spur.

Es ist eine Freude, dass die NAPP im zehnten Jahr ihres Bestehens nun also die Gruppenanalyse in den Mittelpunkt ihrer Theorie-Tagung stellt. In Lüneburg hatte schon 1997 die zweite Arbeitstagung sich mit Gruppen in der psychiatrischen Arbeit beschäftigt.

In der psychiatrischen Arbeit sind die Möglichkeiten und Grenzen der therapeutischen Gruppe sehr speziell: die typische psychiatrische Station bietet sowohl von der Institution her als auch von den einzelnen Personen in der Patientengruppe keine guten Ausgangsbedingungen für Gruppenarbeit.

Die Institution fordert effektive, ausreichend finanzierbare Arbeit. Bezahlt wird von den Kostenträgern für den einzelnen Patienten, und zwar für möglichst wenige Behandlungstage. Das Behandlungskonzept der umgebenden medizinischen Welt ist individualistisch. Das Krankenhaus hat kein Interesse an Gruppen – im Gegenteil: Gruppenbildung riecht organisationspsychologisch bewertet auch immer nach Konspiration, nach dem Keim von Rebellion und Widerstand, nach Basisgruppe und Betriebsrat.

Vom Personenkreis psychiatrischer Patienten oder Klienten her gesehen spricht vieles gegen Gruppenbildungen. Die Abwehr psychisch erkrankter Menschen ist mächtig gefordert und führt meistens zu Vereinzelung und Beziehungsverhinderung. Die Welt gemeinsamer Bedeutungen und Symbolsysteme wird von psychotischen Menschen verlassen. Was sollte sie dazu motivieren, sich in Gruppen zusammen zu schließen? Ähnlich sieht es bei der zweithäufigsten Diagnose unter psychiatrischen Patienten aus: Persönlichkeitsstörungen sind immer auch zu übersetzen als „Beziehungsstörungen“. Diese Menschen haben es extrem schwer in ihren Partnerschaften und mit ihren Eltern und Familien, sie machen es uns Therapeuten nicht leicht und sind auch untereinander nicht immer ausgesprochen friedlich. Gerade diese Menschen sollen in Gruppen profitieren?

Diese Überlegungen führen zu unterschiedlichsten Schlussfolgerungen. In sozialpsychiatrischen Versorgungsstrukturen gab es zum einen die Wohngemeinschaftseuphorie der frühen achtziger Jahre des letzten Jahrhunderts, als den sozialen Mangelerscheinungen psychiatrischer Beziehungsstörungen die (Wohn-)Gruppe als für sich wirksames Mittel entgegengesetzt wurde (und sich als nicht ausreichend tragfähig erwies). Heute geht es genau anders herum: in modernen sozialpsychiatrischen Konzepten ersetzt das Apartmenthaus mit Einzelwohnung das Wohnheim, um dem Bestreben nach Rückzug und Eigenheit Rechnung zu tragen. Die ersten Häuser dafür sind gebaut, und sie werden fünfzig oder hundert Jahre stehen. Was sagt die Gruppenanalyse dazu?

Gruppenpsychotherapeutische Strategien gibt es vereinzelt auch in psychiatrischen Kliniken und in der Gemeindepsychiatrie. Erfahrungen darüber bringen die Mitglieder der NAPP mit auf die Tagung. Sally Willis vom Londoner

Institut für Gruppenanalyse (dem von Foulkes gegründeten Institut) wird die Theorie und Geschichte der Gruppenanalyse sowie ihre praktischen Therapieerfahrungen mit speziellen Patientengruppen mitbringen. Es ist Zufall, dass damit zum zweiten Mal in Folge der Referentenpart einer internen NAPP-Tagung übernommen wird von jemandem, der in England lebt und arbeitet. Es zeigt sich darin die Kompetenz der NAPP, über den eigenen Tellerrand hinaus zu blicken.

Und ein letztes Argument dafür, auch an dieser Tagung der NAPP wieder teilzunehmen, ist der Tagungsort: Preisgünstiger als in Timmendorf, dafür aber exklusiver (das Haus wird am 4. und 5. November nur von der NAPP belegt sein) und landschaftlich reizvoll bietet das Hotel Dieksee den Rahmen für das Wechselspiel von Rückzug und Ausschweifung, das die internen NAPP-Tagungen auszeichnet.

Berliner Überregionale Weiterbildung in analytischer Psychosentherapie

Ein neues Kapitel wird in der Verbreitung der analytischen Psychosentherapie in Deutschland aufgeschlagen. Über zehn Jahre nach den Pionieren in München um Herrn Schwarz beginnt nun in Berlin eine fortlaufende Weiterbildung nach dem Münchner Vorbild. Unter den Dozenten für die kasuistischen Seminare sind auch einige NAPP-Vertreter: S. Dührsen, H. Schultze-Jena, C. Happach sowie M. Dümpelmann. Flyer und Dozentenliste sind im Internet abrufbar unter

www.charité.de/psychiatrie (dort „Aktuelles & Termine“ anklicken)

Datum: 22. / 23. Oktober 2005

Ort: Charité Campus Mitte, Hörsaal im Hochhaus, und Nervenklinik

Programm: Vorträge von Prof. Stavros Mentzos, Dr. Günter Lempa, Prof. Christian Scharfetter, Prof. Yrjö Alanen und drei kasuistisch technische Seminare von jeweils 90 min, sowie eine Pro und Contra Diskussion über die Möglichkeit und Qualität zur psychotherapeutischen Psychosenbehandlung (Dr. Norbert Mönter und Prof. Dr. Dr. Bruns)

Teilnehmer: alle Berufsgruppen, die an der Behandlung psychotischer Patienten beteiligt sind

Verantwortung: Dorothea von Haebler, Georg Juckel

In Zusammenarbeit mit mehreren Berliner psychotherapeutischen Institutionen wird erstmalig eine Vortrags- und Seminarveranstaltung, angelehnt an die Münchener Überregionale Weiterbildung in analytischer Psychosentherapie in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité stattfinden.

Inhalte sind die Vermittlung theoretischer Kenntnisse über Psychodynamik und Psychotherapie von schizophrenen, schizoauffektiven und affektiven Psychosen, sowie praktische Übungen in Form kasuistisch technischer Seminare (KTS).

Anmeldung bis zum 30.09.2005

Kommentar

Jeder psychodynamische engagierte Mitarbeiter wird sich freuen, dass nach dem Erfolgsmodell der Münchner Weiterbildung nun im nordostdeutschen Raum ein Ableger entsteht. Die Anbindung an die Charité und namhafte Mitwirkende stehen dafür, dass es eine kontinuierliche Zukunft für die Berliner Weiterbildung gibt.

Eine Anmerkung des NAPPO-Redakteurs soll diese Freude nicht schmälern, aber auch nicht verschwiegen werden. Die Vernetzung der Münchner, Frankfurter und norddeutschen Projekte psychodynamischer Psychiatrie fand in der gemeinsamen Tagung 2003 in Frankfurt einen Höhepunkt. Dabei wurde auch immer wieder sichtbar, welche Aspekte aus Sicht der NAPP für die gemeinsamen Ideen wesentlich sind. Im Mittelpunkt steht die berufsgruppenübergreifende Zusammensetzung, die in der NAPP gut repräsentiert ist und für die Therapie psychotischer Menschen eine zentrale Rolle spielt – auch und gerade in den stationären und ambulanten Teams, die für solche Therapiekonzepte grundlegend sind. Es wäre schön, wenn die Erfahrungen der NAPP mit diesem multiprofessionellen Ansatz bei dem Berliner Projekt in irgendeiner Weise einfließen könnten. Die Dozentenliste stimmt da nicht sehr hoffnungsvoll, denn es ist eine reine (wenn auch durchaus prominent besetzte) Ärzteliste, garniert mit einigen wenigen Psychologen-Analytikern und einer Diplom-Pädagogin. Auf diese Weise wird es nicht leicht werden, die in München beklagte Einengung des Berufsspektrums im Teilnehmerkreis auf Ärzte und Psychologen zu überwinden. Die oben angesprochene Vernetzung scheint bei der Geburt des jüngsten Sprösslings in der psychodynamischen Familie nicht Elternteil zu sein, womöglich nicht einmal Pate gestanden zu haben. Die NAPP sollte zur Geburt beglückwünschen – aber auch Beistand anbieten zur hinreichend guten Gestaltung des weiteren Weges, den der Nachwuchs vor sich hat. Den NAPP-Mitgliedern unter den Dozenten (aber auch allen anderen Mitwirkenden) sei alles Gute bei diesem Vorhaben gewünscht.

Ingo Engelmann

Erinnerung: Mitgliederversammlung

Die ordentliche Mitgliederversammlung der NAPP findet wieder in Verbindung mit der internen Tagung statt. Die Einladung ist allen Mitgliedern zugegangen.

Die Mitgliederversammlung findet statt am

Freitag, 4. November 2005, 12 – 13.30 Uhr

im Tagungshotel Dieksee in Malente.

Die Wegebekreibung ist der Ankündigung der internen Tagung in dieser Ausgabe des NAPPO zu entnehmen.

Tagesordnung

1. Ergänzung und Genehmigung der Tagesordnung
2. Ergänzung und Genehmigung der Protokolle
3. Bericht des Vorstandes
4. Bericht des Schatzmeisters
5. Entlastung des Vorstandes und des Schatzmeisters
6. Wahl des Vorstandes
7. Berichte aus den Fachausschüssen
8. Verschiedenes
9. Termin der nächsten Sitzung