
Arbeitsgruppe Psychoanalytische Forschung und Praxis - EFPP Deutsche Schweiz

In Deutschland formulieren die sog. Behandlungsleitlinien¹ auf der Basis der gesichteten empirischen Wirksamkeitsbelege unterschiedlicher Behandlungsansätze Empfehlungen für die Behandlung einzelner Störungsbilder. Die Leitlinien sind bis anhin nicht massgebend für die Kostenübernahme durch die Kasse, jedoch bedeutend für die Entscheidungsfindung von Behandlern und Patienten und für die Wahrnehmung der Qualität verschiedener Behandlungsverfahren in der Öffentlichkeit.

Subic-Wrana, C.; Wiltink, J. & Beutel, M.E. (2015). Panikfokussierte Psychodynamische Psychotherapie (PFPP). Ein Erfahrungsbericht zur klinischen Implementierung und Wirksamkeitsprüfung einer manualisierten, aus klinisch-psychoanalytischem Wissen generierten Kurzzeitpsychotherapie. Psyche 69, 891-915.

Die geringe Zahl und die methodische Qualität von Untersuchungen psychodynamischer Behandlungsverfahren, so Subic-Wrana et al., führten dazu „dass das Potential, das die psychodynamischen Behandlungsansätze für Panikstörungen mit und ohne Phobie in sich tragen, in den Leitlinien nur unzureichend abgebildet ist.“ (897). Konkret heisst dies, dass Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) empfohlen wird, weil diese Therapierichtung über die meisten Ergebnisse aus Wirksamkeitsstudien verfügt.

Die AutorInnen des hier vorgestellten Artikels haben mit der Mainzer PFPP-Studie eine eigene Untersuchung psychodynamischer Kurzzeittherapien mit Patienten mit Panikstörungen durchgeführt. Diese soll die methodischen Gütekriterien (Randomisierte Kontrollgruppen Studie RKS) erfüllen und den Besonderheiten psychodynamischer Arbeitsweise gerecht werden. Als standardisiertes Behandlungsverfahren wurde die manualisierte Panikfokussierte Psychodynamische Psychotherapie (PFPP) von Milrod et al. (1997) verwendet, welche im Artikel kurz zusammengefasst wird. Die PFPP geht von der klinischen Erfahrung aus und stützt sich auf ein psychodynamisches Krankheitsmodell mit der Zweizeitigkeit neurotischer Symptombildung: Fixierung oder Traumatisierung in der Kindheit – Symptombildung im Erwachsenenalter bei Aktualisierung des durch die Fixierung/Traumatisierung unzureichend integrierten Konfliktthemas. Sie benennt ein spezifisches, die Panik-Symptomatik auslösendes Konfliktthema. Aus der Psychodynamik der Symptomentstehung wird das behandelungstechnische Vorgehen abgeleitet.

Das **psychodynamische Modell der Panikstörung von Shear et al. (1993)**, auf welchem die PFPP basiert, postuliert

- einen maladaptiv gelösten Abhängigkeits-/Autonomiekonflikt im den Mittelpunkt der Krankheitsentstehung, welcher mit einer
- neurophysiologischen Vulnerabilität im Sinne einer herabgesetzten Angstschwelle
- aus ängstlichen Kindern, die sich von als unberechenbar erlebten Eltern abhängig fühlen und deshalb

¹ Bandelow, B., Wiltink, J. Alpers, G.W. & Beutel, M.E. (2014). S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen. www.awmf.org/leitlinien.html.

- aversive Gefühle und Autonomiestrebungen unterdrücken, PanikpatientInnen werden lässt.

Diese Menschen entwickeln als Erwachsene eine Paniksymptomatik, wenn Wut und Ärger auf eine Person, von der sie sich abhängig fühlen, nicht mehr abgewehrt werden kann. Die Abhängigkeit von den Eltern - später von anderen Bezugspersonen - wird durch ein Selbsterleben als ängstlich und schwach noch verstärkt. Konflikte mit relevanten Bezugspersonen werden mit Hilfe von bewussten und unbewussten Abwehrstrategien und Haltungen vermieden. Selbstwertstärkende Erlebnisse, die eigenen Bedürfnisse verwirklicht zu haben sind daher selten, was wiederum die Autonomieentwicklung hemmt und die neurophysiologische Irritierbarkeit zur Dauerängstlichkeit verstärkt.

Konfliktaktualisierung und initialer Panikanfall: Wird diese Dauerängstlichkeit durch aktuelle Belastungen verstärkt, wird die Abwehr gegen die negativen Affekte brüchig. Das fragile Gleichgewicht ist bedroht, Irritation, Unsicherheit, Angst vor Kontrollverlust folgen. Milrod et al. verstehen den initialen Panikanfall – in dem Todesangst erlebt wird - als Folge dieser Labilisierung: Die Angst ist Folge der durch einen gefährlichen Impuls durchbrochenen Abwehr.

Die Angst wird sekundär oft im Körper verortet, was der Abwehr der ursprünglichen konfliktbedingten Angst dient. In der Folge beginnt die Angst vor dem erneuten Anfall das Bewusstsein des Patienten zu dominieren. Er fixiert sich auf Körperbeobachtung (körpernahe Zeichen der Angstaktivierung). Das damit einhergehende katastrophisierende Denken verstärkt die körperlichen Angstzeichen. Dies verfestigt wiederum die ‚somatisierende‘ Abwehr der Panikattacke.

Behandlung: PFPP wird als Kurz- oder Langzeitbehandlung, möglichst mit einer Frequenz von zwei wöchentlichen Sitzungen durchgeführt. Die AutorInnen betonen, dass sich das technische Vorgehen in der PFPP nur in einem wesentlichen Punkt, den jede Behandlungsstunde einleitenden aktiven Fragen nach Panikanfällen und ggf. deren Exploration, von der traditionellen psychodynamischen Behandlungstechnik unterscheidet. Die Kurzzeitbehandlung, wie sie in der nachfolgend dargestellten empirischen Untersuchung zur Anwendung gekommen ist, gliedert sich in drei Phasen:

1. Behandlungsphase: Sitzung 1-8 dient dem Erkennen der individuellen Ausprägung des maladaptiv gelösten Autonomie/Abhängigkeitskonflikts und der damit einhergehenden widerstreitenden Gefühle. Häufig führt dies schnell zu einer Symptomminderung. Bei auftretenden Panikattacken wird sofort wieder exploriert.
2. Behandlungsphase: In Sitzung 9-16 wird ein vertieftes Verständnis der Konfliktodynamik angestrebt. Allfällige Manifestationen der Konfliktodynamik in der Übertragung (z.B. Zeichen unterdrückten Ärgers bei Unterbrechungen der Behandlung) werden untersucht und durchgearbeitet. Die Vertiefung des Konfliktverständnisses dient der Minderung der Panikvulnerabilität. Wünsche und Impulse – so wird erwartet – lösen weniger innere Konflikte aus und werden so weniger symptomauslösend.
3. Endphase: In den Stunden 17-24 wird die konflikthafte Abhängigkeits-/Autonomiethematik durch die anstehende Trennung vom Therapeuten aktiviert. Dies kann zu einer erneuten Intensivierung der Symptomatik führen. Die Exploration der Attacken und das Durcharbeiten des verknüpften Materials konfrontiert das Selbstbild

des Patienten als schwach und auf Hilfe angewiesen und untersucht die ihm zur Verfügung stehenden Möglichkeiten einer offensiveren Konfliktbewältigung.

Die Mainzer PFPP-Studie

Die AutorInnen führten eine RKS Studie mit 47 PatientInnen durch, welche mit verschiedenen diagnostischen Verfahren als PatientInnen mit einer Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie beurteilt worden waren². Die Patientinnen wurden zufällig zu der KVT- Gruppe (14) oder zu der PFPP- Gruppe (35)³ zugeteilt und mit den beiden Verfahren in 25 Sitzungen behandelt. Variable zur Bestimmung der Wirksamkeit der Behandlung war die mit Expertenratings eingeschätzte Veränderung in der Stärke der Paniksymptomatik. Erneute Messungen mit Fragebogen und Expertenratings fanden zum Ende der Behandlung und nach sechs therapiefreien Monaten nach Behandlungsende statt.

Beide Behandlungsansätze, PFPP und KVT, erwiesen sich als effektiv. Hinsichtlich der Remissionsrate oder einer Verminderung der PDSS Werte von mindestens 40% im Vgl. zur Eingangsdiagnostik zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsverfahren. Die tendenziell grössere Wirksamkeit der KVT wurde bei weiterer Datenanalyse mit dem signifikant stärkeren Level of Emotional Awareness (LEA)⁴ der zufällig der KVT Gruppe zugeteilten Patienten erklärt.

Erfahrungen mit der Durchführung der PFPP

Die Patienten wurden in den Praxen niedergelassener, erfahrener Psychoanalytiker behandelt, die vorgängig an einem PFPP Workshop mit Barbara Milrod teilgenommen hatten. Die Behandlungen wurden auf Video aufgezeichnet. Anhand von Videoausschnitten beurteilten geschulte, nicht in die Behandlung involvierte Analytiker, ob die untersuchte Behandlung adhärent (nach den Vorgaben des Manuals) und kompetent (nach allgemeinen klinischen Kriterien angemessen) durchgeführt wurde. Zugleich dienten die Aufnahmen der Intervision der an der Studie beteiligten psychoanalytischen Therapeuten.

Das in der Intervision am häufigsten besprochene Thema galt der der Dauer der Behandlung, obwohl einige TherapeutInnen kurztherapeutisch ausgebildet waren. Bei einigen Patienten waren deutliche ichstrukturelle Schwächen beobachtbar, entsprechend weniger effektiv als erwartet war die Therapie. Z.B. kam es nicht zu der erwarteten Reduktion der Paniksymptome bereits nach dem ersten Drittel der Behandlung. Bei strukturell integrierten Patienten, solchen, die schnell einen Zugang zu ihrer Konfliktodynamik fanden, war die schnelle Verbesserung der Symptomatik beeindruckend. Ein Teil dieser Patienten hat nach dem Follow-up eine tiefenpsychologisch fundierte oder psychoanalytische Therapie fortgesetzt. Diese Patienten waren in Bezug auf die Paniksymptome bei Wiederaufnahme der Behandlung symptomfrei; oft kamen andere als der initial fokussierte Abhängigkeits-/Autonomiekonflikt zur Bearbeitung. Dies interpretieren die AutorInnen dahingehend, dass in einer akuten Phase der Panikstörung der Abhängigkeits-/Autonomiekonflikt aktiviert ist. Da

² Diagnostische Verfahren waren u.a. Selbstbeschreibungsfragebogen für Depression, Angst, Distress und Beeinträchtigung durch die Panikerkrankung sowie ein standardisiertes diagnostisches Interview SKID I und II und Expertenratings zu Depression und Angst (Hamilton et al. 1959, 1960).

³ Das Verhältnis 1:2 wurde gewählt, da mehr Interesse an der Wirkungsweise der PFPP bestand als an einem neuerlichen Wirksamkeitsnachweis der KVT.

⁴ Diese wurde mit der Level of Emotional Awareness Scale (LEAS; Lane et al. 1990) erhoben.

her sei das Modell von Shear et al. (1993) ein Modell, das für die Behandlung aktueller Exazerbationen fokusbildend ist.

Die Videographie und die zufällige Zuweisung der PatientInnen wurden in der Intervisionsgruppe nicht als problematisch thematisiert. Die AutorInnen schliessen daraus (?), dass Praktikern die Beteiligung an Forschungsprojekten durchaus zugemutet werden könne.

Diskussion

Wir begrüssen grundsätzlich den Effort der AutorInnen, der psychoanalytischen Therapiemethode durch gute Forschung den Weg zu ebnet. Ähnlich schätzen wir, dass die *Psyche* eine solche Forschungsarbeit publiziert. Unserer Ansicht nach ist die dargestellte Arbeit sowohl aus der Perspektive des Forschers wie des Praktikers interessant.

Die Verdichtung klinischen Wissens bis hin zu einem psychodynamischen Modell der Panikstörungen und einem technischen Manual hat uns beeindruckt. Der Artikel regt dazu an, über eigene Konzepte und klinisches Vorgehen nachzudenken. Er leistet ausserdem einen Beitrag zur Vermittelbarkeit psychoanalytischer Denkweise. Manualisiertes Vorgehen wird auch in der psychoanalytischen Community vermehrt vorgeschlagen, das Thema wurde in Bulletin 7 besprochen.

Subic-Wrana et al. gelingt eine Kombination von Darstellung psychoanalytischer Denkweise, Forschungsvorgehen und klinischer Praxis. So wird z.B. bei der Erarbeitung des Modells von Panikstörungen anhand von Fallgeschichten auf klinisches Expertenwissen zurückgegriffen. Aufnahmen der Therapien werden nicht nur zu Forschungszwecken verwendet, sondern in Intervisionen zur Reflexion und Verbesserung der therapeutischen Arbeit. Dieses Seite an Seite von Forschung und Praxis ist vielversprechend, für alle gewinnbringend und fördert den Transfer von Forschungswissen in die Praxis und umgekehrt.

Der Artikel regte uns dazu an, über die Besonderheit der Angstsymptomatik und die Konzeptualisierungen der Angst in der psychoanalytischen Modellbildung und Praxis nachzudenken. Angst ist nicht nur ein wichtiges Agens in der psychischen Entwicklung, z.B. bei der Entstehung von Abwehr oder Affektregulierungsprozessen, sondern ein Affekt, der zur Phänomenologie vieler psychischer Störungen gehört, welche sich aber in ihrer Funktionsweise unterscheiden.

Christine Widmer (Redaktion)

Fernanda Pedrina

Maria Teresa Diez Grieser

Regula Weiss

Rückmeldungen zu diesem Bulletin an christinewidmer@bluewin.ch