

Manualisierte psychodynamische Therapien

Behandlungsmanuale sind wichtige Instrumente in der Psychotherapieforschung. Die Vereinheitlichung des technischen Vorgehens soll gewährleisten, dass bei der Untersuchung von psychotherapeutischen Prozessen und Ergebnissen klinisches Material überhaupt vergleichbar wird.

Während in der Verhaltenstherapie seit den 1960-er Jahren zahlreiche Manuale entwickelt wurden, vermied die Psychoanalyse systematisierte Behandlungskonzepte lange. Therapiemanuale wurden in der psychoanalytischen Community kritisch aufgenommen und vertieften den Graben zwischen klinisch Tätigen und Forschenden eher. Von Seiten der Forschung wurde die Notwendigkeit betont, auch in der psychoanalytischen Psychotherapie replizierbare klinische Situationen zu untersuchen. Vor allem aus dem Blickwinkel der therapeutisch Tätigen wird moniert, Manuale verneinten in ihrem Bestreben nach Vergleichbarkeit und Vereinheitlichung die Individualität der therapeutischen Begegnung und Entwicklung und widersprechen dem psychoanalytischen Menschenbild. Ein weiterer zentraler Einwand betrifft die Störung der therapeutischen Dyade durch den Eingriff Dritter.

Nicht zuletzt unter dem Druck der Wirksamkeitsforschung werden nun aber vermehrt auch psychodynamische Manuale erarbeitet.

Im vorliegenden Bulletin wird eine Arbeit vorgestellt, welche Behandlungsmanuale für psychodynamische Langzeittherapien vergleicht:

Eve Caligor (2005): Treatment manuals for long-term psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis, Clinical Neuroscience Research 4 (2005): 387-398

Behandlungsmanuale beschreiben und erklären eine Therapieform, dienen der Vorbereitung von KlinikerInnen, welche an einer Studie teilnehmen und vermitteln Methoden zur Messung der therapeutischen Adhärenz (d.h. der manualtreuen Anwendung spezifischer Techniken) und Kompetenz. Zudem werden sie aber auch zur Therapieausbildung und Supervision sowie zur Weiterentwicklung von Behandlungskonzepten eingesetzt. Bei der Entwicklung eines Manuals arbeiten erfahrene KlinikerInnen und ForscherInnen eng zusammen. Oft werden Behandlungsmanuale zum Vergleich von Therapieansätzen eingesetzt. Neben Unterschieden können anhand ihrer Manuale natürlich auch Gemeinsamkeiten verschiedener Therapiemethoden für störungsspezifische Behandlungen untersucht werden.

Psychodynamische Behandlungsmanuale existieren für drei Langzeit-Therapieformen (Dauer = 1 Jahr): für die *supportiv-expressive Psychotherapie (SE)*, für die *transference focused psychotherapy (TFP)* sowie für das *mentalization based treatment (MBT)*.

Eve Caligor untersucht und vergleicht diese Manuale anhand von sechs Fragestellungen:

1. theoretisches Konzept und Störungsmodell,
2. Veränderungsmodell,
3. Behandlungsrahmen,
4. Therapeutische Haltung und Beziehung,
5. Spezifische klinische Techniken und
6. Messung von Adhärenz und Kompetenz.

Supportiv-expressive Psychotherapie (Supportive-expressive Psychotherapy SE)

Luborsky entwickelte das Zentrale Beziehungs-Konflikt-Thema ZBKT¹ und damit die erste manualisierte psychodynamische Langzeittherapie in den 1970-er Jahren. Seit 1984 wurde das Behandlungsmanual² in zahlreichen Prozess- und Outcome-Psychotherapiestudien angewandt. Die SE stützt sich auf ich-psychologische Konzepte und klassische psychoanalytische Techniken. Diese wurden den Bedürfnissen einer kürzeren Behandlungsdauer flexibel angepasst. Das Manual wurde nicht störungs- oder symptom-spezifisch formuliert, sondern orientiert sich an psychischen Konflikten, welche mit Symptomen und Charaktermerkmalen verknüpft werden.

1. Mit dem ZBKT werden maladaptive Beziehungsmuster formuliert, d.h. ein objektbezogener Wunsch, die von diesem Objekt erwartete Reaktion auf den Wunsch sowie die Reaktion des Selbst auf diese Interaktion. Luborsky versteht das ZBKT als ‚Übertragungs-Potenzial‘, welches in der Behandlung agiert wird und analysiert werden soll.
2. Die SE verfolgt die Strategie, die Symptome des Patienten mit deren ZBKT zu verknüpfen und dieses vertieft in aktuellen Beziehungen einschliesslich derjenigen zur Therapeutin zu bearbeiten. Ziel der SE ist die Veränderung der ZBKT. Typischerweise ändert sich dabei die an den Wunsch geknüpfte Erwartung, der Wunsch hingegen bleibt bestehen.
3. SE wird in ein- bis zwei-wöchentlichen Sitzungen durchgeführt und dauert Monate bis Jahre.
4. Während der Abklärung werden Ziele anhand der ZBKT explizit und gemeinsam formuliert. Die ZBKT monitorisieren in der Folge den therapeutischen Fortschritt. Die Therapeutin achtet darauf, eine positive vertrauensvolle Beziehung zum Patienten herzustellen. Bei relativ gesunden, stabilen, motivierten und introspektionsfähigen PatientInnen kommt eher die expressive einsichtsfördernde Komponente zur Anwendung, welche dem klassischen psychoanalytischen Vorgehen gleicht. Bei PatientInnen mit schwererer Pathologie wird eher unterstützend gearbeitet, um das Arbeitsbündnis zu stärken.
5. Das Manual stellt Leitlinien zur Einschätzung der Notwendigkeit unterstützender Techniken und zur Etablierung des Arbeitsbündnisses bereit, und es klärt über expressive Techniken auf. Im Anhang des Manuals werden Hilfsmittel zur Formulierung des ZBKT aus dem Transkript der Abklärung bereitgestellt.
6. Die Adhärenz der Therapeutin wird anhand von Skalen eingeschätzt, welche beurteilen, inwieweit der Fokus auf supportive oder expressive Techniken sowie auf die Übertragung gerichtet ist und inwieweit die Therapeutin die spezifischen SE-Techniken anwendet. Eine separate Skala beurteilt die therapeutischen Fähigkeiten. Adhärenz und Kompetenz werden anhand von Tonbandaufnahmen von viertelstündigen Segmenten des Stundenendes durch externe Experten beurteilt.

Das SE-Manual ist das bisher am häufigsten angewandte psychodynamische Behandlungsmanual. Nach Caligor verspricht das SE-Manual aber mehr als es halten kann. Obwohl sehr ausformuliert, blieben Indikationen und Kontrakindikationen vage. Zudem fehlten Hinweise auf die Modifikation des Settings bei der Behandlung von PatientInnen mit schweren Persönlichkeitsstörungen.

1 vgl. dazu auch unseren Beitrag im Bulletin Nr. 2 der EFPP

2 Luborsky, Lester 1984: *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment*, New York, Basic Books.

Übertragungsfokussierte Psychotherapie (Transference focused Psychotherapy TFP)

Die TFP orientiert sich an der amerikanischen, Ich-psychologischen Objektbeziehungstheorie. Sie wurde von Kernberg und KollegInnen speziell für die Behandlung von PatientInnen mit Borderline Persönlichkeitsorganisation entwickelt. Das erste Manual wurde 1989 publiziert, eine zweite Version 1999³. TFP stützt sich auf klassische psychoanalytische Prinzipien, welche für die Bedürfnisse von Borderline-PatientInnen modifiziert wurden.

1. TFP fokussiert internalisierte Objektbeziehungen, also die aufgrund von frühen Beziehungserfahrungen entstandenen Repräsentation des Selbst in seiner affektiven Interaktion mit Anderen. In der normalen Persönlichkeit verbinden sich die internalisierten Objektbeziehungen zu einem stabilen Selbstbild. In der Borderline-Persönlichkeitsorganisation bleiben sie dagegen schlecht verbunden. Heftigste Affekte aufgrund negativer Objekterfahrungen überfordern das Ich. Durch die Spaltung in nur gute oder nur schlechte Vorstellungen von sich selbst und Anderen werden positive Anteile innerer und äusserer Erfahrungen von negativen geschützt, um den Preis der ‚Identitäts-Diffusion‘, des schlecht integrierten Selbst. Die unreifen, oft externalisierenden Abwehrformen begünstigen gestörte und chaotische zwischenmenschliche Beziehungen.
2. Das therapeutische Ziel der TFP besteht in der Lösung der Identitäts-Diffusion. Die Reifung der Abwehrmechanismen, die Integration von guten und schlechten Selbst- und Objekt-Vorstellungen, die Entwicklung stabiler und realistischer Objektbeziehungen sowie komplexere und besser modulierte Affekte zeigen eine Konsolidierung an. Der Integrationsprozess wird therapeutisch durch die Klärung und Deutung der spaltenden Abwehr des Patienten gefördert. Das zentrale Instrument zur Veränderung stellt die Deutung der externalisierten und agierten Objektbeziehungen in der Übertragung dar.
3. Die TFP findet in zwei Sitzungen wöchentlich während ein bis vier Jahren statt. Nach der Abklärung wird die Borderline Diagnose erläutert und werden gemeinsam Therapieziele festgelegt. Um destruktivem Verhalten und drop-out vorzubeugen und das Deuten von Agieren zu ermöglichen, wird ein patientenspezifischer Therapievertrag ausgehandelt.
4. Die Stabilität des Behandlungsrahmens und die aktive Haltung der Therapeutin wird als zentral erachtet. Es wird eine technische Neutralität angestrebt, supportive Techniken werden vermieden. Die anfänglich brüchige Arbeitsbeziehung wird durch die frühe Deutung der negativen Übertragung unterstützt.
5. Das TFP-Manual formuliert Strategien, Techniken und Taktiken zur Integration der polarisierten Objektbeziehungen: Ausser in Krisen liegt der Fokus stets auf der aktuell affektiv dominanten Objektbeziehung im verbalen und non-verbalen Material sowie in der Gegenübertragung. Es wird immer am Punkt des heftigsten Affektes interveniert, auch wenn dieser sich nicht auf die Übertragung im Hier-und-Jetzt, sondern auf Nebenübertragungen bezieht. Dieser Anteil der Objektbeziehung wird in Beziehung zum ihrem abgespaltenen Teil sowie der unbewussten Motivation für die Spaltung gedeutet.
6. Eine Adhärenz-Skala der TherapeutInnen erfasst die theorie- und manualkonforme Anwendung erwünschter Techniken (z.B. Klärung, Konfrontation und Deutung) und die Vermeidung unerwünschter (z.B. supportiver) Interventionen. Eine Kompetenz-Skala beurteilt die Pertinenz, Tiefe und das Timing therapeutischer Interventionen. Eine weitere Skala erfasst die Stabilität des Settings. In Forschungsdesigns werden alle Sitzungen auf Video aufgezeichnet und wöchentlich supervidiert. Adhärenz und Kompetenz werden in Intervallen von 10 Sitzungen von Experten und unabhängigen Ratern beurteilt.

TFP wird seit 25 Jahren als Therapiemethode erforscht. Die Hauptgrenzen ihrer Anwendung in der Psychotherapieforschung liegen gemäss Caligor in ihrer Komplexität, welche ein hohes Mass an psychodynamischem Wissen und klinischer Erfahrung voraussetzt.

3 Clarkin, J., Yeomanns, F. & Kernberg, O. 1999: *Psychotherapy for borderline personality*, New York, Wiley.

Mentalisierungs-basierte Therapie (Mentalization-based treatment MBT)

Die MBT stützt sich auf das Konzept der Mentalisierung, welches auf der Bindungstheorie sowie kleinianischen Konzepten basiert und explizit für Borderline-PatientInnen entwickelt wurde. Bateman und Fonagy modifizierten MBT für ambulante Therapien und publizierten sie 2004 als Manual⁴.

1. Mentalisierung wird von Fonagy und Bateman als Prozess definiert, durch welchen ein Individuum seine eigenen Handlungen und diejenigen anderer im Zusammenhang mit inneren (mentalen) intentionalen Zuständen erlebt und interpretiert. Die Fähigkeit zur Mentalisierung entspringt sicheren frühkindlichen Bindungserfahrungen und ist ein Bestandteil eines kohärenten Selbst. In der Borderline Pathologie ist die Regulierung von Gefühlen sowie die Fähigkeit zur Mentalisierung aufgrund von ungünstigen Bindungserfahrungen eingeschränkt.
2. Ziel der Behandlung ist die Stabilisierung des Selbst durch die Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit. Als zentrales Vehikel gilt ‚mentale Nähe‘, eine mentalisierende Haltung in der Beziehung zum Patienten. Dabei verbessert sich die Fähigkeit zur Affektregulation und sekundär auch die Repräsentation psychischer Zustände.
3. MBT findet in sehr verschiedenen, vorwiegend stationären Behandlungsrahmen statt. In Kliniken wird MBT auch durch Pflegepersonal ohne Therapieausbildung ausgeführt. MBT findet zweimal pro Woche statt, und zwar jeweils eine Stunde einzeln sowie anderthalb im Gruppensetting. Die TherapeutInnen stehen in engem Kontakt zueinander. Teamsitzungen werden supervisorisch genutzt. Vor Beginn der Therapie werden Behandlungsziele festgelegt, die verschiedenen Rollen geklärt und Abmachungen bezüglich Absagen, Notfallsituationen und Kontakten zu Teammitgliedern getroffen.
4. Die MBT-Therapeutin ist aktiv und hält keine neutrale Haltung aufrecht. Sie achtet stets auf die inneren Zustände des Patienten und ihrer selbst, sie verbindet äussere und innere Ereignisse.
5. Unbewusste Bedeutungen des Verhaltens werden zu Beginn der Therapie nicht gedeutet, weil die kognitiven Funktionen und die Repräsentation der Affekte dies nicht erlauben. Stattdessen werden aktuelle Gefühle, Verhaltens- und Reaktionsweisen festgehalten sowie innere Erfahrungen mit äusseren Ereignissen verknüpft. Die Projektionen des Patienten werden gehalten und nicht gedeutet. Ein haltendes Objekt ermöglicht langfristig die Entwicklung haltender Introjekte. MBT stützt sich also nicht auf die Übertragungsanalyse ab, diese kommt allenfalls gegen Ende der Behandlung zum Zuge. Übertragungsphänomene werden aber zur Erläuterung von alternativen Perspektiven auf geteilte Erfahrungen herbeigezogen.
6. Die technische Adhärenz und Kompetenz der Therapeutin wird daran beurteilt, wie sie den Rahmen etabliert, wie sie mentalisiert, mit aktuellen Gefühlszuständen arbeitet, Affekte reguliert und die Übertragung handhabt. Im Forschungsdesign werden die gesamten Behandlungen auf Tonband aufgenommen. Randomisiert ausgewählte Sitzungen werden transkribiert und durch einen Kliniker blind beurteilt.

MBT ist das jüngste Manual für psychodynamische Langzeitbehandlungen und wurde bisher in Wirksamkeitsstudien am wenigsten angewandt. Das Manual dient eher der Ausbildung von nicht-therapeutischem Psychiatriepersonal als von KlinikerInnen mit psychodynamischer Erfahrung. Caligor stellt in Frage, ob MBT eine psychodynamische Therapie darstellt. Mit vielen Interventionen, insbesondere mit der Klärung von interpersonellen Wirklichkeiten würden weniger psychodynamische Konflikte oder Determinanten subjektiver Erfahrung fokussiert als Entwicklungsdefizite. Allerdings werde in späteren Therapiephasen, wenn die Fähigkeit zur Mentalisie-

4 Bateman, A.W. & P. Fonagy 2004: *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept*, Giessen, Psychosozial-Verlag.

rung und zur Anerkennung der symbolischen Natur von Gedanken verbessert wurden, in der MBT durchaus psychodynamisch interveniert. In diesem Sinne bewegt sich MBT von einer zu Beginn eher stützenden, kognitiv fokussierten, psychoanalytisch unterlegten Therapie zu einer später konventionelleren psychodynamischen Behandlung.

Vergleich der drei manualisierten Behandlungen

TFP und SE sind individuelle Therapieformen, MBT kombiniert Einzel- und Gruppensetting. TFP und MBT wurden zur Behandlung von Borderline Persönlichkeitsstörungen entwickelt, SE eher zur Behandlung gesünderer PatientInnen. TFP und SE basieren auf der klassischen psychoanalytischen Konflikttheorie, MBT hingegen auf der Bindungstheorie. Technisch gesehen benutzen SE und MBT unterstützende Interventionen, während TFP dies vermeidet. TFP und SE stützen sich vor allem auf expressive Techniken, sie explorieren und deuten innere Konflikte und die Übertragung, was MBT vermeidet. SE und TFP wird in Studien von erfahrenen psychodynamischen KlinikerInnen angewandt, bei MBT nimmt nicht-therapeutisches Psychiatriepersonal die Rolle der Behandler ein.

Neben diesen Unterschieden sind viele Aspekte der drei Manuale ähnlich: Sie wurden nicht nur für Forschungszwecke, sondern auch für die klinische Tätigkeit und für Supervisionssituationen gestaltet. Alle AutorInnen stimmen darüber ein, dass Manuale alleine keine Ausbildung gewährleisten und klinische Lehrveranstaltungen und Supervision nicht ersetzen können. In allen Manualen wird die Bedeutung des Behandlungsrahmens, der Formulierung von Zielen sowie der Klärung der Rollen und des therapeutischen Vorgehens unterstrichen. Alle schliessen zudem die parallele Anwendung von pharmakotherapeutischen Mitteln ein. Technisch stützen sich die drei Behandlungsmodelle stark auf die systematische und detaillierte Klärung von aktuellen emotionalen Erfahrungen des Patienten ab. In allen geht es darum, das Bewusstsein des Patienten für seine Handlungen, Gedanken und Gefühle zu schärfen, auslösende Faktoren zu erkennen und affektive Beweggründe in Worte zu fassen.

Jedes der drei Manuale hat einen spezifischen technischen und konzeptuellen Fokus, welcher die Behandlung und die therapeutischen Interventionen charakterisiert. Die Therapieformen sind anhand von Grundprinzipien psychischen Funktionierens konzeptualisiert, welche sich in den Behandlungszielen niederschlagen.

Nach Caligor ist es unmöglich zu unterscheiden, ob allgemeine oder spezifische Faktoren für die Effektivität dieser Behandlungen ausschlaggebend sind. Bestimmte Patientengruppen profitieren bevorzugt von spezifischen Therapieformen oder Interventionsarten. So könnte MBT am effektivsten für besonders aggressive und selbstdestruktive Borderline-Patienten sein. Weniger aggressive, eher vermeidende und selbstkritische Borderline-Patienten könnten besonders von TFP profitieren. Und für relativ gesunde hysterionische Borderline-Patienten könnte SE ideal sein. Diese Fragen sind komplex und bleiben weitgehend unbeantwortet. Gerade sie haben aber für die klinische Praxis weitreichende Folgen. Mithilfe von Therapiemanualen könnten sie angegangen werden.

Für die Psychotherapieforschung sind Behandlungsmanuale und die Überprüfung von Adhärenz und Kompetenz der TherapeutInnen zweifellos von grosser Bedeutung. Auch für die klassische Psychoanalyse wären Manuale nötig, um Outcome-Forschungen zu ermöglichen, die methodologischen Standards genügt. Die Wirksamkeit einer Behandlung kann nicht überprüft werden, solange diese nicht klar definiert ist, und Interventionen sowie die therapeutische Kompetenz nicht beurteilt werden können. Aufgrund der Erfahrungen mit den drei psychodynamischen Langzeittherapie-Manualen folgert Caligor, dass auch die klassische Psychoanalyse manualisierbar wäre. 2007 publizierten Caligor, Kernberg und Clarkin⁵ ein Handbuch zur manualisierten

5 Caligor, Eve, Kernberg, Otto, & Clarkin, John F. 2009. *Psychodynamische Therapie höher strukturierter Persönlichkeitsstörungen*: Schattauer.

Behandlung von Patienten mit höher strukturierten Persönlichkeitsstörungen. Dieses liesse sich laut Caligor einfach zu einem Manual für psychoanalytische Technik auf der Basis der Objektbeziehungstheorie erweitern.

Diskussion

Eve Caligor diskutiert psychodynamische Manuale, welche theoriegeleitet sind und sich damit von heute üblichen störungsspezifischen Therapiekonzepten absetzen. Die darin verwendeten psychoanalytischen Modelle für eine einzelne Störungsgruppe fokussieren auf die Beziehungsdynamik statt auf Symptome. Caligor stellt nachvollziehbar die Verbindung zwischen theoretischen Konzepten und daraus abgeleiteter Technik her. Die psychoanalytischen Techniken sind in den vorgestellten Manualen genau festgehalten und somit diskutierbar. Sie klären, warum wann welche Interventionen im psychoanalytischen Prozess sinnvoll sind.

Uns interessiert die Frage, welche Einflüsse psychodynamische Manuale auf Forschung, Ausbildung und auf technische Entwicklungen in der psychoanalytischen Behandlung haben und inwiefern psychodynamische Manuale auch in der Praxis hilfreich sein können.

- Das SE-Manual zeichnet sich durch seine Nähe zum klassischen psychoanalytischen Konfliktmodell aus. Es hat ein breites Indikationsspektrum, die Technik wird allerdings nicht an spezifische Störungsbilder angepasst. Wir gehen mit Caligors Kritik einig, dass die Hinweise zum Umgang mit schweren Persönlichkeitsstörungen wenig spezifisch sind. Allerdings waren strukturelle Störungen zur Zeit der Entwicklung des ZKBT noch kein Thema.
- Beim TFP-Manual ist die Technik eng aus den theoretischen Konzepten abgeleitet. Frühe Übertragungsdeutungen im Hier und Jetzt gelten darin als Weg zur Welt der inneren Objektbeziehungen als unabdingbar. Aus der Praxisperspektive wird das konfrontative Deuten der Übertragungsbeziehung als zentrales Instrument der Veränderung bei PatientInnen mit tiefem Strukturniveau kontrovers eingeschätzt. Ob eine positive Übertragung oder das Halten und Benennen extrem negativer Objektbeziehungen das therapeutische Bündnis effektiver stärken, sei hier dahin gestellt.
- Was uns an MBT irritierte ist die Unklarheit der Anwendung im klinischen Setting. Sowohl Pflegepersonal als auch PsychotherapeutInnen setzen die MBT-Techniken im Einzel- und Gruppensetting ein. Wie die verschiedenen ProtagonistInnen des stationären therapeutischen Systems das Manual anwenden, ist schwer nachvollziehbar. Die Schnittstelle zwischen Therapie und Betreuung im Klinikalltag bleibt unklar. Aus gesundheitspolitischer Sicht erscheinen uns fundierte fachliche Ausbildungsstandards für die Anwendung der psychoanalytischen Methode absolut erforderlich. Zudem ist eine hohe Qualifizierung der Behandelnden auch in der Psychotherapie-Forschung von grosser Bedeutung.

Aus unserer Sicht als privatpraktizierenden Psychoanalytikerinnen wären neben borderline-spezifischen angesichts der Klientel in unserer Praxis auch psychodynamische Manuale zur Behandlung von strukturell und ätiologisch anders gelagerten Pathologien wichtig. In der Praxis findet eine Integration psychoanalytischer Techniken automatisch statt, sie sollte aber reflektiert werden. Es scheint uns darum sinnvoll, diese psychoanalytischen Manuale zu kennen.

*Regula Weiss (Redaktion)
Rosemarie Barwinski
Fernanda Pedrina
Christine Widmer*

Rückmeldungen zu diesem Bulletin an weiss@hin.ch

Juni 2009