

ETWAS ÜBER DIE PSYCHOANALYTISCHE THERAPIE, DIE VERHALTENSTHERAPIE UND DEN SOG. GESUNDHEITSMARKT

Liebe Kollegen!

Im August letzten Jahres besuchte ich den Vorsitzenden der Ärztenossenschaft PriMa. Ich sagte ihm, dass ich mir große Sorgen mache um die psychotherapeutische Versorgung der Patienten in Marburg. Ich schilderte ihm meinen Eindruck von der Übermacht der Verhaltenstherapie und der von Kurzzeittherapien. Ich berichtete ihm davon, dass Patienten von psychoanalytischen Behandlungen abgeraten wird. Der Patient liege auf der Couch, rede über seine Vergangenheit und der Therapeut sage angeblich nichts. So verstreiche viel Zeit und die Behandlungen werden unnötig in die Länge gezogen. Er schlug mir vor, Sie darüber zu informieren und einen Vortrag zu halten.

Zu diesem Zweck möchte ich Ihnen einige Erfahrungen aus meiner Praxis vermitteln, und dann etwas über den sogenannten Gesundheitsmarkt sagen.

Die Erfahrungen, die ich Ihnen hier vermitteln möchte, sollen Ihnen helfen, Vorstellungen über die analytische Therapie zu gewinnen oder gegebenenfalls zu korrigieren. Vielleicht wird Ihnen auch der elementare Unterschied zur Verhaltenstherapie deutlicher. Eigentlich möchte ich ihnen aufs Genaueste zeigen, was in meiner psychoanalytisch orientierten Praxis geschieht, damit Sie sich ein Bild davon machen können.

Ich würde Ihnen gerne den Patienten oder die Patientin, der oder die zu mir kommt, genau beschreiben und auch wie und was er oder sie denkt und fühlt. Sie sollen einen Eindruck von dessen Leiden bekommen und eine Idee davon, wie ein(e) Psychoanalytiker/in arbeitet.

Das Gebot der Diskretion erlaubt es mir jedoch nicht, Ihnen einen direkten Blick auf den Patienten oder die Patientin zu gestatten. Deshalb stelle ich Ihnen im Folgenden Klagen von Patienten aus Erstgesprächen vor, so, wie sie stattfinden *könnten*. Außerdem habe ich die Lebensumstände und die personenbezogenen Daten verändert.

Alles andere, die Dialoge, meine Gedanken, die Konsequenzen für die Patienten, ihr Ausgeliefertsein zwischen zwei Therapieformen, die unterschiedlicher nicht sein können, habe ich genauso wiedergegeben, wie es tatsächlich war.

Neulich kam ein Patient zu mir zu einem Erstgespräch:

Er sagte, er sei verheiratet, er sei Vater von 2 Kindern, und sei mit seinem Referendariat überfordert. Er habe die Angst, dass er seine Ausbildung zum Lehrer nicht zu Ende bringen und dass er seine Familie nicht ernähren kann. Er leide unter Herzrhythmusstörungen, Bluthochdruck und verschiedenen Ängsten.

In einem weiteren Erstgespräch sagte eine Patientin, sie habe eine bipolare Störung und sei in der Psychiatrie gewesen. Sie leide an Antriebslosigkeit, und Gefühlen von Wertlosigkeit. Sie verletze sich selbst und sei traurig. Sie schaffe es nicht alleine. In ihren manischen Phasen sei sie aufgekratzt und oft rücksichtslos.

Eine weitere Patientin sagte, sie leide an einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung und sie komme mit ihrem Leben nicht zurecht. Sie habe keinen Schulabschluss und lebe von Hartz 4.

Die von dem Patienten und den Patientinnen beschriebenen Krankheiten haben sich über viele Jahre entwickelt und sind eingebettet in die gesamte Persönlichkeit und das gesamte Leben. Sie leiden nicht nur an ihren Symptomen, sondern an ihrer gesamten konflikthafter inneren Welt. Die Beschwerden haben ihre Wurzeln in einer defizitären inneren Persönlichkeitsstruktur:

Der erste kurze Eindruck zeigte einen Mann, der um seine männliche Identität zu ringen scheint und der die Angst hat, dieser Aufgabe nicht gewachsen zu sein.
Der kurze Blick auf eine Frau zeigt eine Patientin, die mit Hilfe ihrer Selbstverletzungen einen Zugang zu ihrer Innerlichkeit zu suchen scheint.
Die zuletzt dargestellte Patientin machte auf mich den Eindruck, dass sie sich nicht ausreichend wahrnehmen und steuern kann.

Ich bot dem Patienten und den Patientinnen wegen ihrer existenziellen und vielschichtigen Probleme jeweils eine psychoanalytische Langzeitbehandlung an.

Die Patienten sagten mir, dass ihnen von verhaltenstherapeutisch orientierten Kollegen von einer psychoanalytischen Behandlung abgeraten wurde.

Der Patient, der aus meiner Sicht um seine männliche Identität ringt, sagte mir, dass ihm von verhaltenstherapeutischer Seite die Behandlung seiner Schlafstörungen empfohlen wurde.

Das ist eine sogenannte störungsspezifische Therapie.
Eine solche störungsspezifische Behandlung bedeutet, dass das komplexe Zusammenwirken seiner Beschwerden, seine defizitäre innere Struktur in seinem Lebenskontext unberücksichtigt bleibt.
Ein Aspekt seiner Beschwerden wird isoliert mit einer vorgefertigten Technik behandelt.
Das eigentliche Leiden, das sich in seiner Klage ausdrückt, wird nicht zum Gegenstand der Behandlung.

Den beiden Patientinnen wurden von den Verhaltenstherapeuten Techniken angeboten, die dazu dienen sollten, die Gefühle und Gedanken zu kontrollieren. Das bedeutet, sie werden nie verstehen, was sie im Inneren bewegt und antreibt.

Es ist meiner Ansicht nach unangemessen dem beschriebenen Patienten und den Patientinnen eine Kurzzeittherapie zur Behandlung isolierter Störungen anzubieten:

Inzwischen sind 50 % aller Behandlungen Kurzzeittherapien mit 20 bis 25 Behandlungsstunden. Die Erfolgsraten liegen unter 50 %.

Prof. Dr. Leichsenring, Psychoanalytiker und Lehranalytiker, Psychotherapieforscher ist Mitglied im wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie. Der wissenschaftliche Beirat Psychotherapie ist ein Gutachtergremium, das die wissenschaftliche Anerkennung von Psychotherapieverfahren in

Deutschland prüft.

Er sagt: „In der Psychotherapieforschung wird immer wieder das gleiche gefördert. Die Mittel gehen überwiegend in die Forschung von Kurzzeittherapien mit Sitzungen zwischen 12 und 16 Stunden. Insbesondere bei chronischen, psychischen Störungen sind aber meist mehr Sitzungen erforderlich. Speziell bei Depressionen steigt der Therapieerfolg mit der Sitzungszahl. Aus diesem Grund sollten in Zukunft länger dauernde Psychotherapien untersucht werden. Es macht keinen Sinn, immer wieder auf das Gleiche zu setzen, das sich nicht bewährt hat.

Von den 60 Lehrstühlen für klinische Psychologie und Psychotherapie in Deutschland sind 59 mit Verhaltenstherapeuten besetzt und diese stellen Gutachter und Kollegiaten der DFG. Das hat zur Folge, dass kaum Verfahren wie psychoanalytische beforscht werden. Das ist ein großes Problem, weil wir ja drei Richtlinienverfahren haben. Doch nur für eines dieser Verfahren, die Verhaltenstherapie, werden Wirksamkeitsstudien ausreichend gefördert. Für die anderen beiden Verfahren, die tiefenpsychologisch fundierte Therapie und die analytische Therapie ist es extrem schwierig an Fördermittel zu kommen.“

Die Erforschung der Wirksamkeit dieser therapeutischen Verfahren erfordert spezifische Untersuchungsmethoden, deren Aufwand und deren Kosten sehr hoch sind.

Der Hintergrund für diese Entwicklung ist der Wettbewerb, der an die Stelle der Solidargemeinschaft getreten ist. Therapieformen auf einem sogenannten Gesundheitsmarkt werden in den Wettbewerb gestellt um Kosten zu senken. Die angeblich bestmögliche und zugleich kostengünstigste Gesundheitsversorgung soll gewährleistet werden. Die Behandlung mit dem geringsten Aufwand hat den höchsten Marktwert. Der Patient und die Patientin werden zu mündigen Kunden gemacht und angeblich emanzipiert. Der scheinbar mündige Kunde scheint seine sogenannte Gesundheitsstörung, nicht mehr Krankheit, zu kennen und sucht sich seine störungsspezifische Behandlung. Er führt darüber ein Verkaufsgespräch mit einer Zielvereinbarung. Der Therapeut wird zum Leistungserbringer vorgefertigter Leistungen.

Jürgen Hardt, Psychoanalytiker und Gründungspräsident der Psychotherapeutenkammer Hessen schreibt: „Waren Kranke früher in einer solidarischen Gemeinschaft aufgehoben und wurden darin versorgt, so werden sie jetzt als mündige Kunden angesehen, die in eigener Verantwortung wählen dürfen, was ihnen fehlt.

Krankheit ist zum Unwort geworden, stattdessen soll Gesundheit produziert werden, weil, an Krankheit Geld verdienen eher negative und Gesundheit zu produzieren, positive Anreize schafft.

Therapeuten, die ehemals Begleiter im Leben waren, sind zu Gesundheitsdienstleistern geworden, die um Kosten zu senken, in einen strengen Wettbewerb gestellt sind. Die Gesundheitsproduktion wird kleinschrittig überwacht.“