

Psychoanalyse und Psychotherapie – auch ein Beitrag zur institutionellen Beziehungsgeschichte in der Arbeitsgemeinschaft

Paul L. Janssen

Vortrag am 09.07.2017 auf dem Symposium „Im Spannungsfeld von Psychoanalyse und Psychotherapie“

Die Beziehung von Psychoanalyse und Psychotherapie hat einen inhaltlichen wie einen institutionellen Aspekt. Zunächst möchte ich nur kurz auf die inhaltlichen Aspekte eingehen, um dann die institutionellen Aspekte wie ich sie in den Entwicklungen in der Arbeitsgemeinschaft erlebt habe, vernetzt mit den Entwicklungen in der DPV und IPV, ausführlicher zu beschreiben, um aus der Geschichte Aspekte der Zukunft zu beleuchten. Vollständigkeit ist nicht vorgesehen, ich stelle meine sicher subjektive Erfahrung und Reflexion dar, die Sie ausführlicher nachlesen können in

Paul L. Janssen „Als Psychoanalytiker in der Psychosomatischen Medizin- eine persönliche berufspolitische Geschichte der Psychotherapie, Psychiatrie und Psychosomatik, Psychosozial Verlag Gießen, 2017

In diesem Buch gibt es ein Kapitel über meine Erfahrungen mit der institutionellen Psychoanalyse. Daraus zitiere ich. Ich möchte mich bei den vielen Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft ausdrücklich für die lebensbegleitenden Erfahrungen und vielfältigen freundlichen Unterstützungen bedanken.

1. Einige kurze Anmerkungen zu den inhaltlichen Aspekten der Differenzierung von Psychoanalyse und Psychotherapie.

Die Psychoanalyse ist eine Theorie von der Seele des Menschen und eine Behandlungslehre. Die Methode der Psychoanalyse will mit einem hochfrequenten, nicht terminierten Verfahren Veränderung bewirken, wie Schachter (2006) es in seinem Buch nennt, sie will „Leben verändern“, d.h. „einen Sinn für das eigene Selbst zu entwickeln“ (s.16). Ihre Methode ist ein mikroanalytischer Prozess der Beziehungssituationen, der Veränderungen des Menschen bewirken will jenseits der Krankenbehandlung. Es gibt aber auch die Position, dass es im Rahmen der psychoanalytischen Ausbildung in der hochfrequenten Psychoanalyse eine

psychoanalytische Haltung erworben wird, die aber nicht gebunden ist an ein hochfrequentes Setting, sondern auch in einem niederfrequenten Setting oder andere Behandlungssettings, wie Gruppen- oder Paartherapien, aufrechterhalten werden sollte. Nach meinem Verständnis macht die psychoanalytische Haltung die Kernidentität des Psychoanalytikers aus.

Auch Martin Teising (DPV-Info 52, 2012) diagnostiziert hinsichtlich der grundsätzlichen Konflikte in der DPV zwei Positionen. Auf der einen Seite wird als Psychoanalyse nur die Analyse von Mikroprozessen in hochfrequenten Analysen bezeichnet, auf der anderen Seite sei Psychoanalyse die psychoanalytische Haltung, die in verschiedenen Settings zur Wirkung komme. Ich gehöre zur letzteren Fraktion und vertrete letztere Position und halte daher die Lehranalyse für den zentralen Baustein für den Erwerb der psychoanalytischen Haltung. Die Fähigkeit zur selbstreflexiven, assoziativen Wahrnehmung der eigenen Person, der Objekte und der Situation, die durch den psychoanalytischen Prozess in der Lehranalyse gefördert wird und die zu einer permanenten Selbstanalyse auch in verschiedenen Settings und Berufsfeldern führt, ist nach meiner Ansicht die zentrale Kompetenz des ausgebildeten Psychoanalytikers. Sie ist auch Voraussetzung für die gleichschwebende Aufmerksamkeit in den Behandlungen. Freie Assoziation und gleichschwebende Aufmerksamkeit in dem Prozess der Interaktion von Analytiker und Analysand sind meines Ermessens die zentralen Merkmale der Psychoanalyse, auf die sich alle einigen könnten. Psychoanalytisch wäre dann der Psychotherapeut, der die freie Assoziation und gleichschwebende Aufmerksamkeit in verschiedenen Settings einsetzt und dies auch mit dem Verständnis von Übertragung verbinden.

Das Verständnis von Interaktion charakterisiert also das Merkmal „psychoanalytisch“ und nicht die Frequenz (vgl. auch Müller-Pozzi 1995).

Ich komme zu dem persönlichen Erfahrungsanteil, der zu dieser Position führte. Am Anfang meiner Lehrtätigkeit als Lehranalytiker und Supervisor erlebte ich Joseph Sandler auf einer Lehranalytiker-Konferenz in Frankfurt. Es war im Jahre 1989, dem Jahr, in dem die KBV die Anerkennung der psychoanalytischen Institute für die Weiterbildung in analytischer Psychotherapie überprüfte. (Sie lag damals in den Händen der KBV). Sie machte die Anerkennung davon abhängig, ob die Institute auch explizit eine Psychotherapieausbildung anboten oder nur in hochfrequenter Psychoanalyse ausbildeten.

Joseph Sandler, ehemaliger IPV-Vorsitzender, hielt einen Vortrag zum Thema Psychoanalyse und Psychotherapie. Sandler sah keine formalen Unterschiede, wie Stundenfrequenz, Nutzen der Couch, Länge und Dauer der Behandlung. Keines der Merkmale, wie regressive Übertragungsbearbeitung, Neutralität, Bearbeitung von infantilen Konflikten oder nur von interpersonellen Konflikten, sollte ausreichen, eine Unterscheidung zwischen Psychoanalyse und Psychotherapie zu treffen. Der einzige Unterschied, den er heranzog, war die psychoanalytische Haltung, was auch immer der Psychoanalytiker tut, wenn er es in einer psychoanalytischen Haltung tut, ist es Psychoanalyse. Nicht die Nutzung der Couch oder die Frequenz sei entscheidend, sondern die psychoanalytische Haltung. Er definierte sie folgendermaßen:

„Vielleicht ist der wesentlichste unterscheidende Faktor die Haltung des Analytikers, seinen Patienten gegenüber, seine Bereitschaft zuzuhören und zuzuwarten, seine Haltung, die Schicksale der unbewussten Tendenzen und Konflikte, wie sie sich in der Analyse zeigen, zu erforschen, seine analytische Neutralität und die Aufrechterhaltung eines Settings, in dem Regression und Übertragungsmanifestation sich entwickeln können“ (Sandler 1989, Seite 3).

Zur Psychotherapie meinte er, dass jeder gute Analytiker seine Behandlungstechnik dem Patienten anpassen müsse, und er Modifikationen der Behandlungstechnik einsetzen müsse, um dem Patienten gerecht zu werden. Er fordert eine psychoanalytische Ausbildung, die ausreichend sei zur Durchführen von Psychotherapien und analytische legitimierte Parameter lehre müsse, z.B. Settingsänderungen, sitzende statt liegende Behandlung, Medikation u.a. Er hielt diese Parameter bei bestimmten Patientengruppen für erforderlich. Ich zitiere:

„Wir müssen das Konzept der analytisch legitimierten Parameter erweitern, so dass es Modifikationen der psychoanalytischen Technik umfasst, die uns aufgezwungen werden durch ‚externe‘ wie auch durch ‚interne‘ Faktoren, und dass diese Modifikationen der analytischen Technik unterrichtet werden sollten als Bestandteil der Ausbildung“ (Sandler 1989, Seite 5).

Auch ich nahm diese Position ein und entwickelte die Systematik der psychoanalytischen/psychodynamischen Therapien entwickelt. Ich plädierte auch immer wieder dafür, eine breite Aufstellung der Psychoanalyse, das psychoanalytische Denken und die psychoanalytische Haltung in verschiedenen Anwendungsfeldern z.B. **der stationären Psychotherapie, der Gruppenpsychotherapie** als Modifikation oder als Einführung von Parametern zu ermöglichen und auch zu lehren. Ich weiß, dass viele Analytiker der Auffassung sind, auf

diese Weise würde die psychoanalytische Identität nicht aufrechterhalten. Bis heute sind die meisten Analytiker der Auffassung, einen schmalen Weg zu wählen und nur die Durchführung hochfrequenter Psychoanalysen zu lehren, wodurch die psychoanalytische Identität am ehesten aufrecht zu halten sei. Dieser Dissens in der Gruppe der Analytiker besteht bis heute.

2. Mein psychoanalytisches und psychodynamisches Arbeitsmodell

Im Laufe der langjährigen Beschäftigung mit dem Spannungsverhältnis von Psychoanalyse und Psychotherapie begann ich zwischen einem psychoanalytischen Arbeitsmodell und einem psychodynamischen Arbeitsmodell zu differenzieren. Den Begriff Arbeitsmodell entnehme ich den Ausführungen von Ralf Zwiebel (2003, 2013). Für diesen Prozess scheint mir der Begriff „Arbeitsmodell“, von Ralf Zwiebel (2003, 2013) sinnvoll. Ralf Zwiebel beschreibt sehr gut, dass es komplexe, emotionell besetzte und implizite oder explizite Annahmen gibt, die ein psychoanalytisches Handeln in den jeweiligen Settings bestimmen. Es ergibt sich aus einem komplexen Zusammenspiel von Lebenserfahrungen, Persönlichkeit, psychoanalytischer Ausbildung, Identifikation mit Lehranalytikern, Dozenten, anderen Analytikern, Literatur-Rezeption und klinischer Erfahrung. Wahrscheinlich ist es nicht vollständig zu erläutern, außer man stellt die Praxis dar wie es Schachter (2006) z.B. tut und was ich in dem eingangs erwähnten Buch auch getan habe. Bei aller Subjektivität des Arbeitsmodells müssen wir aber, wenn wir wissenschaftlich bleiben wollen, unser jeweiliges Arbeitsmodell und die angewandten Methoden beschreiben und definieren können.

Nach Zwiebel (2013) lassen sich drei Grundelemente eines Arbeitsmodells unterscheiden:

- Die Präsenz mit dem Modus der gleichschwebenden Aufmerksamkeit und freien Assoziation und den Polaritäten der Anwesenheit und Abwesenheit,
- die auftretenden Verwicklungen in Übertragung und Gegenübertragung mit der Ergänzung der intersubjektiven und interpersonellen Inszenierung und
- das deutende und Einsicht vermittelnde Arbeiten, also das Intervenieren und Interpretieren, die sinngebenden Aktionen.

2.1 Mein psychoanalytisches Arbeitsmodell

Ab Beginn meiner psychoanalytischen Ausbildung vor fast 50 Jahre habe ich Jahrzehnte Erfahrungen mit hochfrequenten Psychoanalysen und niederfrequenten Psychotherapien gemacht (Beispiele siehe Janssen 2017). Am Ende meines psychoanalytischen Arbeitslebens

schien es mir sinnvoll, darüber zu reflektieren, welches psychoanalytisches Arbeitsmodell sich eigentlich im Laufe der Jahrzehnte psychoanalytischer Tätigkeit entwickelt hat. Ich habe mich gefragt, wie ist nun die Beziehung zwischen meinen psychoanalytischen Konzepten, die ich gelernt und rezepiert und weiterentwickelt hatte, und meiner aktuellen psychoanalytischen Praxis. In dieser langen Zeit der Berufstätigkeit gab es verschiedene Einflüsse aus der Theorie, aus den Kongressen, aus den Erfahrungen in Beruf als Psychiater, Psychosomatiker, Erfahrungen in den Institutionen und persönliche Lebenserfahrung, die alle auf die aktuell psychoanalytische und psychotherapeutische Tätigkeit Einfluss nehmen. Ich kann hier nur die zentralen Aspekte meiner psychoanalytischen Behandlungsmethode benennen (siehe ausführlich Janssen 2016 a, b, c, 2017):

1. Die psychoanalytische/psychodynamische Diagnostik, differentielle Indikationsstellung, Herstellung eines Kontraktes und das Aushandeln von Rahmenbedingungen und Setting in Übereinstimmung mit dem Patienten;
2. die Aufforderung zur freien Assoziation;
3. die Entwicklung einer „unanstößigen Übertragung“ (Freud) oder basalen Übertragung/Arbeitsbündnisses;
4. die Aufrechterhaltung einer neutralen, abstinenten psychoanalytischen Haltung;
5. die Bearbeitung der Widerstände und der Übertragungs-/Gegenübertragungsprozesse;
6. die Einsichtsvermittlung und die Erfahrungen am „neuen Objekt“ Analytiker.

Einige methodische Aspekte sind dabei, die Ralf Zwiebel nicht erwähnt, wie Diagnostik, Kontrakt, „unanstößige“ Übertragung (Präsens?), Erfahrung mit dem neuen Objekt Analytiker.

2.2 Das psychodynamische Arbeitsmodell

Den Begriff „psychodynamische Psychotherapie“ entlehne ich der Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie aus dem Jahre 2005. Der Wissenschaftliche Beirat nennt alle in der Richtlinienpsychotherapie etablierten psychoanalytisch begründeten Verfahren, die zwar auf der Psychoanalyse gründen, aber doch davon abweichen, Psychodynamische Psychotherapieverfahren. Ich folge hiermit dem modernen Trend wie Hoffmann (2000), Gabbard (2004, 2005), Beutel et al. (2010), Reimer und Rüger (2012).

Kernberg (1999) hingegen meint, dass die Behandlungsmethoden der psychoanalytischen Psychotherapie mit denen der Psychoanalyse identisch sind. Er benutzt den Begriff der

psychodynamischen Psychotherapie nicht: Unser Kollege Manfred Schmidt nennt in dem Buch Dreyer und Schmidt (2008) die psychodynamischen Psychotherapieverfahren „niederfrequente psychoanalytische Psychotherapie“. Sie wollen damit zum Ausdruck bringen, dass die Behandlungen nicht nur auf der psychoanalytischen Theorie gründen, sondern auch keine nennenswert von der Psychoanalyse abweichende Technik verwandt wird, auch wenn weitere Behandlungsstrategien und Techniken, wie z.B. Fokalisierung, eingesetzt werden. Nach meinem Verständnis weichen die psychodynamischen Psychotherapieverfahren in der Kurz- oder Fokalthherapie, in der tiefenpsychologisch fundierten und auch in der analytischen Psychotherapie von der Psychoanalyse ab, das heißt sie modifizieren psychoanalytische Behandlungstechnik wie dies auch Sandler vertrat. Darum wähle ich den Oberbegriff „psychodynamisch“ für alle von der Psychoanalyse abgeleiteten Kurz- und Langzeitverfahren.

Psychodynamische Psychotherapieverfahren als Anwendungen der Psychoanalyse (nach Janssen (2001c, 2002d, 2016b) :

- Im Zweipersonensetting: analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Fokalthherapie, Kurztherapie, supportive Therapie;
- Im Mehrpersonensetting: psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Gruppenpsychotherapie, psychoanalytische Paar- und Familientherapie, stationäre psychoanalytische Therapie;
- In den nonverbalen Verfahren: psychoanalytische Kunst- und Musiktherapie, psychoanalytische Körpertherapien.

Ausgehend von dieser Definition habe ich in der psychodynamischen Psychotherapie ein breites Spektrum an Methoden unterschieden. Auf die stationäre Psychotherapie, die Gruppenpsychotherapie, die a verbalen Verfahren als psychodynamische Verfahren , abgeleitet aus der Psychoanalyse, wie auch mein Arbeitsmodell für die stationäre psychoanalytische Therapie und für die Musik- und Maltherapie kann ich hier nicht näher eingehen. Sie werden aber alle auch von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft vertreten und praktiziert In dem dualen Setting sind insbesondere die von dem psychoanalytisch begründeten Verfahren (Richtlinien-Psychotherapie) die analytische Psychotherapie und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Fokalthherapie im deutschen Gesundheitssystem relevant. Die analytische Psychotherapie wie die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie sind in den Psychotherapie-Richtlinien (Rüger et al., 2015) definiert und Ihnen bestens bekannt, daher brauche ich hier nicht darauf näher einzugehen.

Die Hauptmethodik, die von dem psychoanalytischen Arbeitsmodell abweicht, ist die Zeitbegrenzung, die Fokussierung, die Aktualisierung und **die symptom- konflikt- oder strukturorientierte Psychotherapie.**

Zusammenfassung der Aspekte der psychodynamischen Behandlungstechnik im Unterschied zur Psychoanalyse (nach Janssen 2016b)

- Fokussierung auf die aktuellen Probleme und die Auswirkungen von strukturellen Störungen in den psychosozialen Situationen im Wechselspiel mit den intrapsychischen Konflikten anstelle von Afokalität in der Psychoanalyse
- Zeitbegrenzung anstelle des nichtterminierten Prozesses in der Psychoanalyse
- Bearbeitung der reaktualisierten Beziehungsrepräsentanzen in den aktuellen Beziehungen (Außenübertragungen) und möglicher Bezug zur Patient-Therapeut-Beziehung (Binnenübertragung)
- Aktive therapeutische Haltung mit Phasen der freien Assoziation im Wechsel mit thematisch fokussierten Phasen oder Strukturierungen
- Aufrechterhaltung der „technischen Neutralität“, jedoch selektive Abstinenz (auch „Antworten“ statt „Deutungen“)
- Einsatz von supportiven, imaginativen Interventionen
- Einschränkung der Regression durch das Setting (z.B. Sitzen statt Liegen und niedrigere Frequenz)
- Stärkere Berücksichtigung der aktuellen Lebenssituation des Patienten
- Handlungsaktivierende Interventionen und Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen
- Grenzen setzende Interventionen

Ich habe mich immer wieder gefragt, was unterscheidet mein psychoanalytisches Arbeitsmodell von dem im ambulanten und stationären Rahmen angewandten psychodynamischen Arbeitsmodell. Es ist in erster Linie die Zeitbegrenzung im Gegensatz zu dem nichtterminierten Prozess in der Psychoanalyse. Es ist des Weiteren die Fokussierung auf aktuelle Konflikte in interpersonellen Beziehungen bzw. strukturelle Störungen, die sich in psychosozialen Situationen auswirken wie z.B. in der übertragungsfokussierten Psychotherapie in der stationären psychoanalytischen Behandlung. Des Weiteren ist es die Bearbeitung von unbewussten Beziehungsrepräsentanzen in aktuellen Außenbeziehungen zu signifikanten Anderen. Es ist eine aktivere therapeutische Haltung, die wechselt mit Phasen freier Assoziation und thematischer Fokussierung, sowie dem Einsatz von supportiven

Intervention, handlungsaktivierenden Interaktionen und Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen. Ich bin mir nicht sicher, ob diese Differenzierung von psychoanalytischem und psychodynamischem Arbeitsmodell, die ich hier zusammengefasst habe, aufrechtzuerhalten ist. Denn auch im psychoanalytischen Arbeitsmodell können diese für das psychodynamische Arbeitsmodell konzeptualisierten Interventionen vorkommen, worauf mich manche psychoanalytischen Kollegen hinwiesen.

An dieser Stelle wäre natürlich sehr verführerisch, der Frage nachzugehen, ob es nicht ein für die Psychoanalyse **allgemein verbindliches Arbeitsmodell** gebe, das sowohl Anwendung in der Praxis, in hochfrequenten, in niederfrequenten Behandlungen wie in stationären Behandlungen und in Gruppenbehandlungen finden könnte. Vielleicht ließe sich ja eine Praxeologie psychoanalytischen Arbeitens in verschiedenen Settings entwickeln. Ein Verständnis des psychotherapeutischen Prozesses, das sich aus dem Verständnis des psychoanalytischen Prozess ergibt, könnte auf interpersonelle Konstellationen und auf interpersonelles Veränderungsgeschehen nichtsprachlicher Art setzen. Implizites Beziehungswissen würde durch neue Begegnungen auch mit dem Therapeuten zu einer Veränderung des Beziehungsgeschehens führen, internalisiert werden und zu neuen seelischen Repräsentanten werden. Dann ist nicht Bewusstmachung unbewusster Prozesse das Ziel eines psychoanalytisch begründeten Vorgehens, sondern das Erleben von Beziehungen, das Berührt-werden von Personen, die intensive emotionale Begegnung zweier Subjekte im Jetzt-Moment der Begegnung wie Stern, (2005) dies nennt. Manches spricht nach meiner Auffassung dafür, dass insbesondere die Konzepte über die basale Beziehung und das Konzept von Zwiebel (2013) der „Präsenz“ in der psychotherapeutischen Situation diese Begegnungsmomente in der Psychoanalyse aber auch in den psychotherapeutischen Beziehungen herbeiführen. Leider können wir bisher nicht das Begegnungsmoment prognostizieren oder den methodischen Zugang beschreiben.

3. Die institutionellen Aspekte der Beziehung von Psychoanalyse und Psychotherapie

3.1 Die Gründung eines Arbeitskreises für Psychotherapie in der Arbeitsgemeinschaft

In der Arbeitsgemeinschaft wurde 1979 (vor fast 40 Jahre) von Carl Klüwer angeregt, einen Arbeitskreis zu Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung Psychotherapie für Ärzte zu etablieren. Hintergrund dieses Vorschlags war die Einführung des Status „befugter Arzt“ für die Zusatzbezeichnung Psychotherapie auf dem Ärztetag 1975. Diesen Antrag hatte ich als

Ärztetags delegierter durchgebracht, um für mehr Qualität in der Weiterbildung zu sorgen. Damit wurden Weiterbildungsleistungen von Ärzten in Kliniken und Praxen nur anerkannt, wenn sie von befugten Ärzten durchgeführt wurden.

Zur psychoanalytischen Arbeitsgemeinschaft gehörten mehrere Psychoanalytiker, die auch in der Psychotherapie in ihren Institutionen weiterbildeten und die befugte Ärzte wurden. Die Idee für diesen Arbeitskreis war, die Aktivitäten dieser Mitglieder zu bündeln und gemeinsam ein Curriculum zu vertreten und vorzuhalten. Ich übernahm 1979 bis 1991, also immerhin 12 Jahre, die Leitung dieses Arbeitskreises. Die befugten Ärzte waren etabliert in Köln, in Düsseldorf und Essen. Aus den Kollegen, die an verschiedenen Orten als befugte Ärzte tätig waren und Psychoanalytiker waren, setzte sich der Ausschuss zusammen, z.B. Helmut Lehmann, Psychoanalytiker an der Psychiatrischen Landeslinik in Düsseldorf, Thilo Held, Psychoanalytiker und Direktor der Psychiatrischen Landeslinik in Bonn, Carl Klüwer, Lehranalytiker und Leiter des Hauses Sommerberg in Bensberg, Peter Fürstenau, Lehranalytiker und niedergelassen in Düsseldorf, der sich besonders für die Anwendung der Psychoanalyse in der Psychotherapie engagierte und schon Psychotherapieseminare durchführte, des Weiteren Klaus Reinecke, niedergelassener Psychoanalytiker in Köln, und Manfred Schmidt, ebenfalls niedergelassener Psychoanalytiker in Köln. Hans Quint hatte die Befugnis in Essen und ich selber hatte nach meiner Habilitation ein Theorieseminar zur psychoanalytischen Therapie in der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik in Essen ins Leben gerufen. Später kam Michael Hayne für die Weiterbildung in Gruppenpsychotherapie hinzu.

Der Arbeitskreis ernannte auch Lehrtherapeuten lange bevor es das Psychotherapeutengesetz gab. Alle Veranstaltungen in Köln, Bonn, Düsseldorf und Essen wurden im Vorlesungsverzeichnis der Arbeitsgemeinschaft veröffentlicht. Der Arbeitskreis wollte also keine Abkoppelung einer Psychotherapieweiterbildung von der klinischen psychiatrischen oder psychosomatischen Weiterbildung. Wir haben deswegen auch Weiterbildungsinhalte, die von befugten Ärzten vermittelt wurden, die nicht zur Arbeitsgemeinschaft gehörten, anerkannt.

Diese Regionalisierung hatte eine große Wirkung auf das Erreichen von Ärzten, die in psychiatrischen oder psychosomatischen Kliniken tätig waren. 1983 (nach 4 Jahren) hatte diese Arbeitsgruppe 63 Weiterzubildende, 1990 waren es schon 189, also fast eine Verdreifachung. Wenn man das politisch werten will, war dieses Konzept ein Einstieg der Psychoanalytiker in die Institutionen. Dies wurde leider dann in der folgenden Zeit dadurch

rückgängig gemacht, dass nicht mehr die befugten Ärzte an den Institutionen sich vernetzten, sondern ein befugter Arzt für die Arbeitsgruppe etabliert wurde. Das heißt, die Psychoanalyse zog sich aus den Institutionen zurück. Damit wurde der Arbeitskreis ein Arbeitskreis zur Weiterbildung Psychotherapie für sog. Externe aus Praxis und Klinik. Er ging schließlich auf in dem neu gegründeten Psychotherapieausschuss für die Ausbildung der psychologischen Psychotherapeuten.

Diese Anpassung an die Struktur der psychoanalytischen Ausbildung in den Instituten und nicht das Auswandern in die Institutionen ist Ausdruck einer phobischen Haltung der Psychoanalytiker gegenüber Institutionen. Es war politisch nach meiner Ansicht ein Fehler, denn mit Einführung des Facharztes „Psychotherapeutische Medizin“ kam die Frage der Zusammenarbeit mit Institutionen wieder und jetzt erneut bei den Diskussionen zum Psychotherapeutengesetz (z. B. bei der Weiterbildung).

Meine Meinung ist, wenn die institutionelle Psychoanalyse diese phobische Abgrenzung von den Institutionen nicht als Gruppenphänomen analysiert und überwindet wird sie im Gesundheitssystem Schaden nehmen.

3.2 Behandlungstechnische Auseinandersetzungen in der Arbeitsgemeinschaft, die sich institutionell auswirkten.

Ein Motiv der Gründung von zwei Ausbildungsausschüssen 1988 war zum einen, dass unter den Lehranalytikern unterschiedliche Auffassungen über das Wachstum der Arbeitsgemeinschaft bestanden, aber auch divergente behandlungstechnische und theoretische Auffassungen, insbesondere die Einstellungen der Anwendung der Psychoanalyse in der Psychotherapie und die von Peter Fürstenauf (1977) konzeptionell und behandlungstechnische Differenzierung des Umgangs mit strukturell Ich-gestörten Patienten. Dieses Konzept, das eine Modifikation der klassischen, psychoanalytischen Behandlungstechnik mit sich brachte und welches auf der DPV-Tagung auch kontrovers diskutiert wurde, musste zur Modifikation der Behandlungstechnik führen. (Werner Bohleber hat bei seinem Vortrag zum Geburtstag von Horst Brodbeck auch auf die Dimension der damaligen Auseinandersetzung in der Psyche hingewiesen).

Bei bestimmten Patienten, die auf Interpretationen eher negativ reagieren, soll eine Behandlungstechnik notwendig werden, die eine stellvertretende Ausübung von nicht präsenten Ich-Funktionen vorsieht. Ich hatte auch erlebt, wie kritisch die Diskussion auf der DPV-Tagung von Wolfgang Loch geführt wurde. Fürstenaus Position entsprach meiner Behandlungserfahrung für strukturell Ich-gestörte Patienten, die ich zu nächst in der

stationären Psychotherapie weiterentwickelte (siehe Janssen und Paar 1989). Einige Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft, die sich eher der klassischen hochfrequenten Psychoanalyse verpflichtet fühlten, lehnten offensichtlich dieses Konzept ab, möglicherweise auch, weil Wolfgang Loch dagegengesprochen hatte. Sie hatten wohl Angst als nicht-analytisch verurteilt zu werden. Diese behandlungstechnisch motivierten Spannungen wurden jedoch nicht offen ausgetragen, sondern wirkten sich in Falldiskussionen aus. Als ich 1988 nach der Etablierung von zwei Ausbildungsausschüsse den Vorsitz der Arbeitsgemeinschaft übernahm, stellte ich in der konstituierenden Sitzung mein Programm vor.

- Die Zusammenarbeit der beiden Ausbildungsausschüsse zu verbessern,
- die Weiterentwicklung der bisherigen Psychotherapieweiterbildung zu fördern und
- die Verbindung zu den Kliniken für Psychiatrie sowie denen für Psychosomatik aufrechtzuerhalten.

Ich kam aus der stationären Psychotherapie und Psychosomatik und wollte sowohl der Angst der Psychoanalytiker vor den Institutionen wie vor der Psychotherapie und den Modifikationen der Behandlungstechnik entgegentreten. Ich hatte damals noch nicht verstanden, wieviel Angst Psychoanalytiker haben, von der „reinen Lehre“ abzuweichen und in den Augen anderer Psychoanalytiker als nicht-analytisch da zu stehen. Psychoanalytiker fürchten häufig Analyse feindliche Angriffe, fürchten narzisstische Abwertungen, die sie mit Rückzug in den „Elfenbeinturm“ bewältigen oder wie Claudia Frank in einem Vortrag 2011 auf der DPV-Tagung offensichtlich auf der Basis von Vorgängen im Institut in Tübingen interpretiert, mit einer „intrapyschischen Megalomanie“, mit einer manischen Abwehr und mit Verleugnungen von Realitäten. Die darunterliegende, tiefe individuelle Verunsicherung ist ein Wesensmerkmal psychoanalytischen Arbeitens und sucht die Anerkennung von anderen idealisierten Psychoanalytiker z.B. Supervisoren oder der psychoanalytischen Gemeinschaft.

3.3 Einfluss der gesundheitspolitischen Situation

Diese institutsinternen Konflikte wurden verschärft durch die Konflikte in der Gemeinschaft der Psychoanalytiker. Ihr Ideal wurde durch die Prognos-Studie (Schmid 1988) in Frage gestellt, da das Berufsbild des Psychoanalytikers weitgehend durch das Berufsbild des psychoanalytisch begründeten Psychotherapeuten ersetzt wurde.

Im Auftrag der DGPT (1986) hatte Schmid die psychoanalytische Tätigkeit in der Bundesrepublik Deutschland untersucht. 1300 Mitglieder der DGPT, immerhin 60%, hatten

sich an der Fragebogenaktion beteiligt. Der damalige Vorsitzende, Hans-Volker Werthmann – DPV-Mitglied und Lehranalytiker – fasste die Studie im Sinne der DGPT zusammen und schrieb: **Psychoanalyse und Psychotherapie werden als Kassenleistung von der Ärzteschaft akzeptiert.** Immerhin seien in dem Untersuchungsjahr 1986 34000 Patienten behandelt worden. Die Psychoanalytiker hätten ihre **Bewährungsprobe** in der gesetzlichen Krankenkasse bestanden. Der größte Anteil, 75% der Tätigkeit, bestand aber in niederfrequenter Einzeltherapie (1 bis 2 Stunden wöchentlich), wohingegen höherfrequente (3 bis 4 Stunden) zurückstehen. Damals war die DPV schockiert, dass die Kernidentität, die hochfrequente Psychoanalyse mit 4 Stunden, nur bei 7% aller Patienten durchgeführt wurde, während bei 70% aller Patienten zweistündige Psychotherapien durchgeführt wurden. Die Reanalyse durch die DPV (Nedelmann und Reiche 1990) ergab keine anderen Daten. Nedelmann (1990) stellte damals das maximale Kontingent von 300 Stunden infrage und bezeichnete die Psychoanalyse mit 4 Stunden pro Woche im Rahmen der analytischen Psychotherapie als „Ausnahme von der Regel“ für bestimmte Indikationen. Damit begann eine jahrzehntelange Auseinandersetzung um die Frage, ob Psychoanalyse mit 4 Stunden pro Woche Psychotherapie, spezielle analytische Psychotherapie sei.

Von dieser Diskussion waren alle Institute der DPV betroffen. Durch die Diskussionen wurden auch Kontrollreaktionen der Gremien ausgelöst. 1990 erreichte uns z.B. das Schreiben der KBV, die letzten drei Jahre unseres Semesterprogramms vorzulegen und die aktuelle Ausbildungs- und Prüfungsordnung nach den Veränderungen der Psychotherapie-Vereinbarungen zu übersenden. Bis zu diesem Zeitpunkt war es den Instituten freigestellt, wie sie die geforderten 700 supervidierten Behandlungsstunden aufteilten, es mussten nur 700 nachgewiesen sein. Nun wurde festgelegt, dass auch Kurzzeitpsychotherapien und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien gelehrt und supervidiert werden mussten. Damals war es selbstverständlich, dass ich als Vorsitzende mit den beiden Leitern der Ausbildungsausschüsse (Willi Schumacher und Renate Mohos) gemeinsam eine Ausbildungsordnung ausarbeiteten, die sich an die Psychotherapie-Vereinbarungen orientierte, aber eine Ausbildung nach den Richtlinien der DPV nicht verhinderte.

In der **Ausbildungsordnung von 1991** haben wir 600 Stunden psychoanalytische Theorie, 20 Interviews davon zehn supervidierte Interviews, ein einjähriges klinisch-psychiatrisches Praktikum, eine Lehranalyse mit vier Sitzungen pro Woche und mindestens sechs Patientenbehandlungen mit mindestens 700 kontrollierten Behandlungsstunden, davon zwei

psychoanalytische Langzeitbehandlungen (mit mindestens 250 Behandlungsstunden bei Anmeldung) festgelegt. Die Frequenz wurde nicht genannt, betrug aber in der Praxis weiterhin gemäß der DPV-Ausbildung 4 Stunden pro Woche. Des Weiteren mussten eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und eine Kurzpsychotherapie durchgeführt werden. Die Behandlungen mussten nach jeder vierten Stunde supervidiert worden sein, insgesamt mussten 200 Kontrollstunden vorliegen. Weiterhin sahen wir Erfahrungen mit Kinder- und Jugendpsychotherapie, Paar-, Familien- und Gruppenpsychotherapie vor. Zusammen mit Lore Schacht, der damaligen DPV-Vorsitzenden, wurde diese Ausbildungssituation diskutiert und besonders auf die Divergenzen zur DPV-Ausbildung eingegangen. Eine wirkliche Lösung des Konfliktes konnten wir nicht erreichen. Wir blieben bei der von uns erstellten neuen Ordnung und führten die Kurzpsychotherapie und die tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien zusätzlich in unsere Ausbildungsordnung ein. Letztere konnten auch von außerordentlichen Mitgliedern supervidiert werden, die keine Lehranalytiker waren.

Die einstimmige Auffassung der Arbeitsgemeinschaft war, die Anerkennung des Institutes durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung zu erhalten ohne hinter den Standards der DPV zurückzufallen. Die neue Ausbildungsordnung wurde 1992 verabschiedet. 15 Jahre von 1977 bis 1992 hatte also die alte Ordnung gegolten und hatten wir die Anerkennung der KBV erhalten. Nun mussten wir uns mit der neuen Ordnung umstellen. Instituten, die sich nicht an die Forderungen der KBV anpassten, wurde mit einer Ablehnung der Anerkennung ihrer Ausbildungen gedroht.

Wie dieser Vorgang zeigt, wurde durch die Integration der vertragsärztlichen Psychotherapie-Weiterbildung der Boden für das Psychotherapeutengesetz geschaffen. Schon im Vorfeld des Psychotherapeutengesetzes gab es auch verschiedene Modelle zur Aufrechterhaltung der DPV-Ausbildung: Das Junctim-Modell, das die berufsrechtlichen Regelungen und die DPV-Ausbildung in einer Ausbildungsordnung verband, gegenüber dem Entkopplungsmodell, das die DPV-Ausbildung von der berufsrechtlichen Ausbildung trennte. Mir wurde aber an diesem Prozess, der ausführlich in zwei Mitgliederversammlungen diskutiert wurde, sehr deutlich, dass schon vor dem Psychotherapeutengesetz die Eingriffe der Administrationen in die psychoanalytische Aus- und Weiterbildung begannen.

1992 begann der nächste Angriff auf die DPV-Identität, nämlich die **Diskussion um die vierte Stunde in der analytischen Psychotherapie**, wodurch auch die Ausbildung in der Arbeitsgemeinschaft erschwert wurde. Soweit ich erfuhr, ging es in den Beratungen in der

KBV sehr emotionell und kontrovers zu. Besonders die Frage der Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit der vierten Stunde wurde strittig diskutiert, da auch viele Analytiker analytische Psychotherapie mit 2-3 Stunden pro Woche durchführten. Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft fürchteten, dass ihre Ausbildung mit dem Essential von 4 Stunden pro Woche in Frage gestellt würde. Der Anerkennungsausschuss der KBV forderte die Institute auf, eine Ausbildungsordnung gemäß den Psychotherapie-Vereinbarungen vorzulegen, was wir schon getan hatten. Mit der Formulierung einer Aus- und Weiterbildungsordnung nach den Vorgaben der Psychotherapie-Vereinbarungen hat die Arbeitsgemeinschaft noch vor den Regelungen des Psychotherapeutengesetzes gegenüber der DPV eine größere Autonomie erlangt, da sie rechtlicher Vertragspartner der KBV war. Es ist auch erkennbar, dass die Arbeitsgemeinschaft mehrheitlich schon damals in Verbindung mit den bei den Ausbildungsausschuss-Vorsitzenden nicht auf eine Trennung von Psychoanalyse und Psychotherapie bestand, sondern die Psychotherapie in die psychoanalytische Ausbildung integrieren wollte.

Diese grundsätzliche Position gründete nur zum Teil auf inhaltlichen Gründen, aber insbesondere auf administrativem Druckes. Eine inhaltliche Auseinandersetzung geschah damals noch nicht und ist erst jetzt überhaupt in Sicht. Ich habe damals diese Entwicklung sehr unterstützt. Denn, wie ich in einem Vortrag vor der DPV auf der Tagung ‚50 Jahre DPV‘ zur ‚Aktuellen Anwendung der Psychoanalyse in der Psychotherapie‘ (Janssen 2001) feststellte, sei ein Rückzug der Institute auf die „wahre“ Psychoanalyse ein Verhängnis und zugleich stellte ich fest, dass die Psychoanalyse als Grundlagenwissenschaft und ihre Anwendung in der Psychotherapie gelehrt werden sollte. Die Psychoanalytiker müssten definieren, was psychoanalytisch begründete Psychotherapie ist und was nicht. Viele Psychoanalytiker scheuten diese Auseinandersetzungen, die dann kommen würden. Es wird um Fragen der Effizienz und der Effektivität gehen, denn nur die Psychotherapieforschung konnte uns da weiterhelfen. Auf dem Symposium der DPV sprach auch Rolf Sandell (2001). Er stellte die Forschungsergebnisse seiner Arbeitsgruppe dar und stellte klare Unterschiede zwischen Psychoanalyse und psychodynamisch bzw. psychoanalytisch orientierter Psychotherapie fest, was auch empirisch nachweisbar war. Er vertrat die Auffassung, Psychotherapie brauche eine eigene Methodik und sei nicht als „Als-ob-Analyse“ zu bezeichnen.

4. Die Position der psychoanalytischen Arbeitsgemeinschaft und die Position der DPV

Die DPV tat sich schwer, die Psychotherapie zu integrieren. Die über Jahre sich hinziehende Auseinandersetzung wegen der Hochfrequenz, die Ihnen allen vertraut ist, führte schließlich im Dezember 1996 zu einem Beschluss des GBA, der auch bekannt ist:

„Eine durchgehend hochfrequente Psychotherapie kann im Rahmen dieser Richtlinien keine Anwendung finden. Bei der Therapieplanung oder im Verlauf der Behandlung kann es sich jedoch als notwendig erweisen, ggf. einen Abschnitt der Psychotherapie in einer höheren Wochenfrequenz durchzuführen; um eine größere Effektivität der Therapie zu gewährleisten. Der entsprechende Abschnitt darf nicht das gesamte Kontingent eines Bewilligungsschrittes umfassen. Die Notwendigkeit einer abschnittswisen höheren Wochenfrequenz ist in der Antragsstellung differenziert zu begründen“.

Auf gesellschaftlichen und rechtlichen Druck hin wurde die DPV-Ausbildungsordnung geändert und der Satz in die Ausbildungsordnung übernommen:

„Für die Ausbildung in analytischer Psychotherapie zur Krankenbehandlung in der vertragsärztlichen Versorgung gelten die Bestimmungen für anerkannte Institute nach Maßgabe der Psychotherapie-Vereinbarungen auf der Grundlage der Psychotherapie-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen“.

Damit wurde kein Anspruch auf Aus- oder Weiterbildung in Psychotherapie erhoben. Ich sehe es nach wie vor als Fehler an und kann auch festhalten, dass die Arbeitsgemeinschaft es anders handhabt.

Der damalige DPV-Vorsitzende, Ekkard Gattig, veranlasste, eine Kommission einzurichten. Nach seinem Bericht habe diese Kommission festgestellt, dass die hochfrequente Behandlungsmethode für die DPV einen eigenen klinischen wissenschaftlichen Wert darstelle und für die Krankenbehandlung unverzichtbar sei. Sie halte die besonderen Erfahrungen in dieser Behandlungstechnik für das konstitutive Merkmal psychoanalytischer Identität und für einen zentralen Bestandteil ihrer Ausbildungspraxis durch die DPV, die sich von andern Fachgesellschaften unterscheide. Damit war die Indikationsfrage (siehe oben Nedelmann) zur Identitätsfrage geworden. In dem von der Kommission vorgelegten Papier übernahm die DPV

die Verantwortung für die gesamte Ausbildung an den Instituten, also auch für Psychotherapie, ohne ein Ausbildungskonzept für Psychotherapie zu vertreten. Sie fühlte sich verpflichtet, die gesamte Institutsausbildung entsprechend den Inhalten und Standards der DPV/IPV zu organisieren. Sie wandte sich gegen eine getrennte Psychotherapie-Ausbildung an den psychoanalytischen Instituten oder gegen ein Akademiemodell und suchte, die Regelwerke des öffentlich-rechtlichen Raumes mit den Ausbildungsrichtlinien in einem privatrechtlichen Raum zu verbinden: Alle drei Regelsysteme, die Ausbildungsrichtlinien der DPV, die Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer, die Psychotherapie-Richtlinien und –Vereinbarungen sollten letztendlich in einen Ausschuss integriert werden. Sie wurden als Stufen eines Berufszugangs verstanden, deren Abschluss bei Ärzten und Diplompsychologen mit dem Abschluss der Ausbildung an den Instituten endete. Auch der Lehrkörper sollte einheitlich sein und nur von Lehranalytikern getragen werden. Die Lehranalytiker sollten auch die Supervision der Behandlungen in den Techniken mit geringerer Frequenz übernehmen. Die Begründung dafür war, dass die DPV die wissenschaftliche Verantwortung habe, nicht jedoch eine rechtliche. Auch sollten Seminare für niederfrequente analytische Psychotherapie eingerichtet werden. Der berufsqualifizierende institutsinterne Abschluss wurde von dem DPV-Abschluss (Kolloquium) getrennt. Für den DPV-Abschluss sollte die hinreichende Erfahrung mit der hochfrequenten Behandlungstechnik mehr als vier- bis fünfstündig pro Woche Voraussetzung sein.

Dieser Beschluss der Kommission, der von der Mitgliederversammlung übernommen wurde, stand teilweise im Gegensatz zu den Regelungen, die wir in der psychoanalytischen Arbeitsgemeinschaft gefunden hatten. Dort hatten wir eine Differenzierung aber auch eine Vernetzung der Aus- und Weiterbildungsangebote. Ich fühlte mich veranlasst, Stellung zu nehmen und mich für die Autonomie der Institute und deren Regelungen einzusetzen.

- Durch den Hinweis in den DPV-Ausbildungsrichtlinien auf die öffentlich-rechtlichen Ausbildungsrichtlinien ergibt sich nicht, dass die rechtliche Verantwortlichkeit an die DPV übergeht. Die Zuständigkeit bleibt bei dem Antragsteller und auch die Verantwortlichkeit und kann nicht von einem Verein übernommen werden, auch wenn die DPV die wissenschaftliche Verantwortung für sich reklamiert.
- Die Differenzierung der Gesamtausbildung nach verschiedenen Anforderungsprofilen ist nicht nur eine Durchgangsstufe, sondern ist formal rechtlicher Abschluss einer jeweiligen Ausbildungsstufe. Der Erwerb der Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ z.B. berechtigt zur Ausübung analytischer Psychotherapie in der vertragsärztlichen

und privatärztlichen Versorgung. Die darüberhinausgehende Qualifikation zur Vier-Stundenanalyse ist eine eigenständige und nicht eine, die die Qualifikation zur Zusatzbezeichnung voraussetzt.

- Da die Gegenüberstellung von öffentlich-rechtlichem Raum mit der berufsbegleitenden Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung und der privatrechtliche Raum mit der klinisch-wissenschaftlichen Ausbildung (DPV-Ausbildung) begründet wird, legt dies den Rückschluss nahe, dass die Weiterbildung im öffentlich-rechtlichen Raum keine klinisch-wissenschaftliche ist. Das verstehe ich als Abwertung der öffentlich-rechtlichen Regelungen.
- Ich halte nur die Regelung der Arbeitsgemeinschaft für rechtlich korrekt, weil der Ausbildungssuchende sich entscheiden kann, ob er finanzielle Mehraufwendungen wegen der DPV-Mitgliedschaft in Kauf nehmen will.

Die Sorge der Kommission war erkennbar; sie fürchtete dispergierende Prozesse und wollte eine größere Einheitlichkeit oder auch Uniformität in der Ausbildung herstellen. Sie glaubte, dass sie den Instituten einen größeren Schutz biete. Ich glaubte, der Zentralismus führt hier eher in das Gegenteil. Dass alle Lehraufgaben von Lehranalytikern der DPV wahrgenommen werden sollen, war für mich ein Eingriff in die Institutshoheit, der nach meinem Verständnis nicht hingenommen werden konnte und auch nicht unserer Praxis entsprach. Die Institutsautonomie ist unverzichtbar, um die Psychoanalyse weiterzuentwickeln.

Des Weiteren fanden sich in dem Text der Kommission wieder Abwertungen der Psychotherapie. Ich las daraus, dass analytische Psychotherapie mit zwei Wochenstunden eher in eine „emotionale Verflachung“ hineinführe, was durch Supervision verhindert werden solle. Wenn diese Abwertungen nicht aufhören, so merkte ich an, wird dies ein besonderes Problem für die Aus- und Weiterbildung an den Instituten werden.

Meine verkürzt wiedergegebene Stellungnahme lässt erkennen, dass ich in Übereinstimmung mit der Position der AG sehr auf die öffentlich-rechtliche Anerkennung Wert legte. Die Kommission nahm die verschiedenen Stellungnahmen zur Kenntnis und stellte noch einmal die Grundpositionen heraus: Die DPV fühle sich verantwortlich für wissenschaftlich basierte Ausbildung. Sie wolle einen hohen Standard auch der Richtlinien-Verfahren erhalten. Sie müsse an der Ausbildung im hochfrequenten Behandlungssetting (vier bis fünf Wochenstunden) gemäß ihrem wissenschaftlichen Auftrag festhalten. Das Spannungsverhältnis zwischen den rechtlichen Anforderungen und den DPV/IPV

Anforderungen werde erhalten bleiben. Diese Position ist bis heute eigentlich unverändert und hat sich auch 20 Jahre nach dem Psychotherapeutengesetz nicht modifiziert. Die Differenzierung und Abgrenzung von allen psychotherapeutischen Verfahren wurde zwar nominell aufrechterhalten. Aber andererseits schufen alle Institute Möglichkeiten für ihre Kandidaten, eine psychotherapeutische Aus- oder Weiterbildung zu erwerben, wie ich in meiner Befragung für IPV feststellte (siehe unten).

5. Auswirkungen des Psychotherapeutengesetzes

Die nächste Herausforderung für die Psychoanalyse war das **Psychotherapeutengesetz** und die Ausbildungs- und Prüfungsordnung der Länderministerien, mit denen sich die Institute auseinandersetzen mussten. Eine weitreichende Veränderung war sicher, dass die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von der Psychoanalyse abgetrennt wurde und als eigenständiges Verfahren in das Psychotherapeutengesetz einging. Die Psychoanalytiker haben dies nach meinem Verständnis hingenommen, weil eine Zwiespältigkeit hinsichtlich der Anwendung der Psychoanalyse in der Psychotherapie besteht und der Main-Stream der Psychoanalytiker kaum die niederfrequenten psychoanalytischen Psychotherapien besetzen und nicht glauben, dass sie jemals diese Bedeutung bekommen würden, die sie heute in der Versorgung haben. Es ist nach meiner Auffassung ein nicht wiedergutzumachendes Versäumnis der institutionellen Psychoanalyse. Die Arbeitsgemeinschaft ging einen anderen Weg. Sie hatte schon Erfahrungen mit der Weiterbildung in Psychotherapie. Sie etablierte neben den DPV-Ausbildungsausschüssen einen Psychotherapieausschuss, der ein satzungsgemäßes Gremium wurde, und schuf mehrere Aus- und Weiterbildungswege neben der DPV-Ausbildung.

Meine grundsätzlichen Positionen in der Beziehung von Psychoanalyse und Psychotherapie konnte ich auch auf einem Symposium, das die Arbeitsgemeinschaft zum 25-jährigen Bestehen, aber auch im Zusammenhang mit der Entwicklung eines Curriculums für die psychologischen Psychotherapeuten 1999 veranstaltete, vortragen. Das Symposium hatte den Titel „Engagierte Psychoanalyse“. Ich hatte zusammen mit Josef Berger das Thema „Psychoanalyse und Psychotherapie“. In diesem Vortrag habe ich neben inhaltlichen Aspekten insbesondere die rechtlichen und gesellschaftspolitischen Aspekte dargelegt. Das Psychotherapeutengesetz hat eine neue Ära für die Psychotherapie und damit auch für die Psychoanalyse eingeleitet. Nach ihm ist Psychotherapie Heilkunde und Krankenbehandlung, die auf der Grundlage unterschiedlicher Fachwissenschaften wie medizinische und psychologische basiert. Ausübung der Heilkunde ist im Sinne dieses Gesetzes jede berufs-

oder erwerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen. In dieser Definition ist der Begriff der „psychotherapeutischen Behandlung“ in der Heilkunde dem Begriff der „ärztlichen Behandlung“ gleichgestellt. Nach dieser neuen Legaldefinition von Psychotherapie ist sie bzw. die psychotherapeutische Behandlung ein rechtlich geschützter Begriff wie die ärztliche Behandlung.

Welche Stellung kann nun die Psychoanalyse in dieser rechtlichen Systematik einnehmen. Grundsätzlich sah ich drei Positionen:

- Die Psychoanalyse ist eine **eigenständige Wissenschaft** und getrennt von der Psychotherapie und unabhängig von ihr. Eine psychoanalytische Tätigkeit hat nur partiell heilkundliche Ansprüche und versteht sich auch nicht ausschließlich als Heilkunde. Diese Position gibt die größtmögliche Freiheit. Diese Position wird in manchen Ländern der Welt vertreten und auch in der DPV diskutiert, aber nicht realisiert, da die Institutionalisierung der Psychoanalyse im kassenärztlichen Vertragssystem weit fortgeschritten ist und die Finanzierung der Psychoanalytiker über ihre niedergelassene Praxis gesichert ist.
- Die Psychoanalyse ist eine spezielle **Methode** der Behandlung im Rahmen einer psychotherapeutischen Tätigkeit. Diese zweite Position ist in der ärztlichen Weiterbildungsordnung realisiert. Nach der Weiterbildungsordnung ist der Arzt dann berechtigt, analytische Psychotherapie auszuüben, wenn er eine abgeschlossene Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ hat. Er ist berechtigt, Psychotherapie auszuüben, wenn er Kenntnisse und Erfahrungen in psychotherapeutischen Verfahren erworben hat, z.B. als Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Mit der Einführung des Gebietes „Psychotherapeutische Medizin“ hat die Psychotherapie die Position eines Gebietes. Will der Arzt Psychoanalyse betreiben, muss er die Zusatzbezeichnung Psychoanalyse „zusätzlich“ erwerben. In dieser Systematik ist die Psychoanalyse Inhalt der ärztlichen Behandlung. Psychoanalyse und Psychotherapie sind also Teile der ärztlichen Behandlung.
- Die Psychoanalyse ist die Wissenschaft, die den psychoanalytisch begründeten Psychotherapien ihre Grundlage gibt. Diese wissenschaftliche Position ergibt sich sowohl aus der Richtlinien-Psychotherapie wie dem Psychotherapeutengesetz. Nach der Legaldefinition im Psychotherapeutengesetz führen die psychologischen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten psychotherapeutische Behandlungen durch, die abgrenzbar sind von der ärztlichen

Behandlung. Die psychotherapeutischen Behandlungen sind nach Grundorientierungen differenziert. Die Psychoanalyse ist eine Grundorientierung, die Methoden, die eingesetzt werden, sind analytische und tiefenpsychologische fundierte Psychotherapien, die untereinander wie auch von der Verhaltenstherapie abgrenzbar sind.

Psychoanalyse versteht sich aber als eine Theorie der menschlichen Seele und der menschlichen Beziehung und als Anthropologie. Des Weiteren versteht sich die Psychoanalyse als ein Verfahren, das einen **intensiven selbstreflexiven interaktionell-emotionellen Beziehungsprozess** mit aufklärerischen Aspekten einleitet und keine ausschließliche therapeutische Zielsetzung hat. Auf einen ersten Blick scheint sie daher nicht Heilkunde im Sinne der Legaldefinition der Psychotherapie, sondern hat einen über Krankheitsbehandlung hinausgehenden, weitergehenden Anspruch (vgl. auch Pollak 2001). Psychoanalyse strebt eine grundlegende Veränderung der inneren Objekte des Individuums an. Daher ist Psychoanalyse ein Verfahren mit weitreichender Zielsetzung hinsichtlich der Veränderung des Individuums und ist nicht begrenzt auf Heilung oder Linderung von Krankheiten. Dieses Spannungsverhältnis zwischen Selbstverständnis der Psychoanalyse und Anwendung im Versorgungssystem wird bleiben. Zentral für die Stellung der Psychoanalyse in dem öffentlich-rechtlichen System ist also, ob sie eine **heilkundliche Zielsetzung** verfolgt. Die Veränderung der innerpsychischen Situation wird nur soweit angestrebt, soweit sie für die Störung erforderlich ist wie in den psychoanalytisch begründeten Psychotherapien, den Richtlinien-Psychotherapien. Meine Position ist zusammengefasst:

Psychoanalyse ist von Psychotherapie gemäß Zielsetzung und Anspruch zu unterscheiden. Psychoanalyse versteht sich nicht ausschließlich als Heilkunde wie die Psychotherapie, die über diesen Weg eine legale Anerkennung gefunden hat. Psychotherapie ist die Psychoanalyse in den Anwendungen im heilkundlichen Bereich mit therapeutischer Zielsetzung und manchmal auch veränderter Methodik.

War über das Psychotherapeutengesetz damit ein endgültiger Durchbruch für die Psychotherapie erreicht? Neben den Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft, in Psychoanalyse auszubilden nach den Richtlinien der DPV, sind auch andere Aus- und Weiterbildungsgänge getreten. Die Bewerber konnten auswählen, welchen Weg sie gehen wollten. Ich glaube, dieses differenzierte Angebot hat es mit sich gebracht, dass im Gegensatz zur damaligen Abnahme der Bewerbungen zur psychoanalytischen Ausbildung die Nachfrage nach Aus- und

Weiterbildungsplätzen nicht so stark abgenommen hat wie in anderen Instituten (siehe Berichte der öAAs).

Die Psychoanalyse war also, wie ich in einem Vortrag in Stuttgart 2012 feststellte, „in der Versorgungsrealität angekommen“. Mit den Änderungen der Psychotherapie-Richtlinien 2016 unter Einführung von Sprechstunden und Akutversorgung wird dieser Prozess fortgeführt. Es bleibt eine offene Frage, wie sich die Psychoanalytiker auf diese neuen Herausforderungen einstellen und in wie weit sie mitgestalten. Insbesondere aber, ob auf der institutionellen Ebene die DPV ihre Ausbildungsordnung ändert und die Psychotherapie integriert.

6. Stellungnahme der IPV zur Psychotherapie und Psychoanalyse

Auf dem Kongress 1997 in Barcelona kündigte Otto Kernberg an, dass die IPV ein Komitee einsetzen wolle, um das Verhältnis von Psychoanalyse und Anwendungsformen der Psychoanalyse in der Psychotherapie zu untersuchen. Vorsitzender dieses Komitees wurde Paul Israel, ein französischer Psychoanalytiker. Korrespondierendes Mitglied für die deutschsprachigen Länder war Eike Wolf, ein Psychoanalytiker, der in Brüssel niedergelassen war. Auf Grund eines Briefs an Kernberg und Ekkehard Gattig wurde ich für die DPV Korrespondent und Bindeglied zu der Kommission. Ich führte eine DPV-Befragung, die mit Fragebogen von der Kommission der IPV vorgegeben war, durch und leitete sie dann an die DPV weiter. Diese Fragebogenaktion entsprach zwar nicht ganz den deutschen Verhältnissen, machte aber einen Einblick in die Institute der DPV möglich. Ekkehard Gattig übertrug mir die Durchführung der Befragung der Institute. Ich stellte die Antworten 1998 zusammen, um sie an die DPV und die IPV weiterzuleiten.

Die meisten Institute teilten mit, dass die Befragung nicht ganz den deutschen Verhältnissen entsprach und sie große Schwierigkeiten mit den Antworten hatten. Es antworteten von den 13 Instituten zwölf. In der *Frage 1 und 2* wurde versucht zu ermitteln, ob Mitglieder einschließlich Lehranalytiker mehrere Psychotherapieformen praktizieren, z.B Einzeltherapie, Familientherapie, Gruppentherapie, Psychodrama u.a. Von 100% bis 80% der Mitglieder führten Einzeltherapien durch, aber auch Gruppentherapien, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien, Kurztherapien, vereinzelt auch Psychodrama und Körpertherapien wie auch Familientherapien. In *Frage 3* wurde gefragt, ob das Institut auch Supervisionen von Psychotherapien als Bestandteil der analytischen Ausbildung anbot. Im Rahmen der sozialrechtlichen Ausbildung müssen in Deutschland die Kandidaten auch niederfrequente Psychotherapien durchführen. Daher boten alle Institute im Rahmen der psychoanalytischen Ausbildung oder auch neben der psychoanalytischen Ausbildung Supervisionen von

Psychotherapien an. In *Frage 4* wurde zu ermitteln versucht, welche Curricula Bestandteile der Ausbildung waren. Hier orientierte sich die Situation in Deutschland an den Psychotherapie-Richtlinien. Die Integration der Psychotherapie in die psychoanalytische Ausbildung war nach dem Psychotherapeutengesetz selbstverständlich. In der *Frage 5* wurde zu ermitteln versucht, ob ein getrenntes Ausbildungs- oder Kursprogramm in Psychotherapie an dem Institut existiere. Interessiert war man besonders an den Psychotherapieformen und Ausbildungsstrukturen. In den Antworten gaben sechs Institute an, dass sie institutionell einen eigenen Arbeitskreis für Psychotherapie hatten und sechs Institute gaben an, dass sie den Arbeitskreis für Psychotherapie-Ausbildung oder -Weiterbildung unterstützten. Kein Institut war nicht in irgendeiner Weise an der Psychotherapie-Weiterbildung beteiligt. An Psychotherapieformen wurden insbesondere psychoanalytische Kurztherapien und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien gelehrt. In der 6. *Frage und 7.* ging es um offizielle Beziehungen zwischen dem Institut oder der Gesellschaft und nicht-analytischen Ausbildungsprogrammen. Sechs Institute gaben Beziehungen an zu Universitäten, Krankenhäusern, Kooperationsverträgen mit Verhaltenstherapeuten, mit Lehrern des Autogenen Trainings, der Konzentrativen Bewegungstherapie und des Psychodramas. Weiterhin bestanden Kooperationen wegen der Facharzt- und der Psychotherapeuten-Weiterbildung mit nicht analytischen Einrichtungen. Sechs Institute hatten keine offizielle Beziehung zu nicht-analytischen Ausbildungsprogrammen. *Frage 8 war:* welche theoretische, institutionelle, und praxisbezogene Themen für die Analytiker und Nicht-Analytiker bei der Ausübung von Psychotherapie wichtig seien? Die meisten Institute sahen hier Versorgungsaufgaben und praktische Erfahrungen in Verbindung mit der Ausübung von Psychotherapie durch Analytiker und Nicht-Analytiker. In *Frage 9* ging es generell um das Verhältnis von Psychoanalyse und Psychotherapie. Nur zwei Institute sahen praktische Probleme im Vordergrund, andere sehen keine Probleme hinsichtlich des Verhältnisses. Die Frage war nicht sehr auf die deutschen Verhältnisse bezogen. *Frage 10* wollte ermitteln, ob offizielle oder inoffizielle Sanktionen verhängt würden, wenn jemand Aktivitäten im Bereich anderer Psychotherapieformen entwickle. Kein Institut sah Sanktionen vor. In der letzten Frage (*Frage 11*) ging es generell um die Grenzen zwischen Psychoanalyse und Psychotherapie im Allgemeinen, welches Problem es für die Mitglieder sei. Aus den Institutsvoten ergaben sich für mich folgende Stellungnahmen: Die Frage der Grenzen zwischen Psychoanalysen und Psychotherapie war für die Mitglieder ein zentrales Thema und wurde sowohl permanent in den Instituten wie in der DPV diskutiert.

In dem Abschlussbericht der Kommission (1999) wurde festgestellt:

„Alle Psychoanalytiker der IPV antworten, dass sie auch Psychotherapien, und zwar im Wesentlichen als Einzeltherapien und im Sitzen, durchführen. Diese Psychotherapien werden ohne Einschränkung als psychoanalytisch definiert und machen – von wenigen regionalen Unterschieden abgesehen – den Hauptteil der Praxis von Mitgliedern ohne Lehrfunktionen aus. [...] In dieser psychotherapeutischen Praxis nimmt die Therapie von Paaren (Familien) und Gruppen einen wichtigen, wenn auch von Region zu Region unterschiedlichen Platz, ein“.

Die Kommission stellte weitgehend zutreffend fest, dass die Bedeutung der umgebenden Realität zunehmend auch den Psychoanalytikern bewusstwerde. Daraufhin entwickelten Psychoanalytiker Ängste, einmal die Angst, die Spezifität der Psychoanalyse als unverwechselbare Disziplin zu verlieren, und die Angst, bis zur Bedeutungslosigkeit isoliert zu werden. Ein weiteres heikles Problem sei, dass die Psychoanalytiker Nicht-Psychoanalytiker in Psychotherapie unterwiesen und dabei meist keine sehr klare Position hätten. Die Psychoanalytiker täten sich schwer, Psychoanalyse bzw. psychoanalytische Therapien zu definieren und voneinander abzugrenzen. Insbesondere in Nordamerika würde ein Kontinuum zwischen Psychoanalyse und Psychotherapie vertreten, gleichzeitig sei man aber besorgt über das Verschwimmen der Grenzen zwischen Psychotherapie und Psychoanalyse. Die amerikanischen Kollegen seien besonders skeptisch und desillusioniert und fürchteten, dass die „klassische Kur“ in der klinischen Realität immer weniger anwendbar werde und bezögen sich deswegen auf psychotherapeutische Unterrichtungen, Supervision und Ausbildung von Nicht-Analytikern.

Weiterhin stellte die Kommission fest, dass die historischen und ökonomischen Entwicklungen vergangener Jahrzehnte die psychoanalytische Praxis bedeutsam verändert hat. Die Ausbildungsinstitute seien sich dieser Veränderung bewusst, fühlten sich aber nicht in der Lage, diese Veränderungen zu integrieren und die Psychotherapie in die Ausbildung auf zu nehmen. Die Hilflosigkeit und Unsicherheit, die die Kommission aus den Fragebogen-Antworten entnahmen, führten sie auf die strengen Ausbildungskriterien der IPV zurück. Sie fördere Trägheit, keinen sonderlichen Erfindungsreichtum und eine unflexible Haltung der Institute. Die Kluft zwischen der Ausbildung und der Praxis der Psychoanalytiker, die sich aus der generellen Umfrage ergebe, müsse verringert werden. Die Kontroverse über die Sitzungsfrequenz sei ein Beispiel für diese dogmatische Spaltung. Diese Haltung wurde auch von Kommissionsmitgliedern, wie Juan Pablo Jiménez (Chile) und Lewis Kirshner (USA).

vertreten. Die europäischen Kolleginnen und Kollegen hingegen schienen nicht so stark auf diese Berichte Einfluss genommen zu haben.

Auch wenn die Realität sowohl in Europa wie in der Welt für die Psychoanalyse ähnlich aussieht und die Psychoanalytiker sich angepasst haben, haben sich die Grundsätze der Ausbildung kaum verändert. Psychotherapie wurde als Ausbildungsbestandteil bisher nicht aufgenommen. Doch die Stellungnahmen für die Wissenschaftlichkeit der Psychoanalyse z.B. von der DGPT, DPV, DPG und DGPM (Brandl et al 2004) umfassen schon die gesamten Anwendungsformen unter dem Begriff der psychoanalytischen Therapie. Ich betrachte es als Hinweis, dass die Wege zur Änderung der Aus- und Weiterbildung geebnet sind. In der Arbeitsgemeinschaft jedenfalls wird die Aus- und Weiterbildung in der Doppelfunktion, wie ich sie vorgestellt habe, aufrechterhalten und akzeptiert.

6. Zukunft der Psychoanalyse

Ohne es lange zu begründen sehe ich folgende mögliche Entwicklungen:

1. Die Psychoanalyse integriert in ihre Ausbildungsgänge die Psychotherapie und lehrt Modifikationen. Sie folgt dem wissenschaftlichen Standard der evidenzbasierten Medizin und Psychologie.
2. Die Psychoanalyse bleibt als reines hermeneutisches Verfahren eine Methode der Human- und Kulturwissenschaften
3. Die Psychoanalyse bildet nicht nur für die niedergelassene Psychotherapie-Praxis aus, sondern für die verschiedenen Berufsgruppen im ambulanten wie stationären Feld der psychosozialen Versorgung