



Deutsche Gesellschaft für **Psychoanalyse,**
Psychotherapie,
Psychosomatik und **Tiefenpsychologie e.V.**

PSYCHO-NEWS-LETTER NR. 44

EIN KLEINER LITERATURRUNDFLUG

- Im Auftrag des Vorstands der DGPT -

Verfaßt von

Michael B. Buchholz

email: buchholz.mbb@t-online.de

Mitte Juni 2006

BRUCHLINIEN

Thematische Klarheit ist nicht immer leicht, Eindeutigkeit noch weniger. In diesem Brief will ich einmal meinen Schreibtisch leer räumen und abarbeiten, was sich in der letzten Zeit dort angehäuft hat. Da liegen Zeitschriften verschiedenster Art, einzelne Hefte der letzten Nummern, da liegen amerikanische Bücher über höchst interessante Themen und alles schaut mich erwartungsvoll an und ruft, es möchte aber als erstes drankommen. Nein, muß ich dann geduldig antworten, es geht nur immer der Reihe nach. Ich werde also mein aus Lesewäldern und –wiesen Gepflücktes auch diesmal wieder zu einem Strauß zusammen binden und die Stengel einen nach dem anderen, nacheinander überreichen und hoffen, dass meine Leser etwas finden, was nicht nur ihren Geschmack trifft, sondern auch ihre volle Aufmerksamkeit in Anspruch nimmt.

Noch sind wir nicht im Lande der elektronischen Verheißungen, dass man das Erlesene einfach anklickt und es dann nicht mehr Schwarz auf Weiß, sondern in bits'n-bytes, nanotechnisch ans Gehirn drapiert, nach Hause tragen könnte. Dem Himmel sei Dank, dass es noch nicht soweit ist, denn wie wollten wir unsere Gehirne entsorgen? Wie wollten wir, wenn es nur erst einmal soweit ist, das Vergessen organisieren?

Das hatte **Jorge Luis Borges** in seinen Essays, die unter dem Titel „Die letzte Reise des Odysseus“ im Hanser Verlag erschienen sind, einmal so beschrieben, als er darauf hinwies:

“...eine Bibliothek sei ein magisches Kabinett, in dem sich viele verzauberte Geister befinden. Sie erwachen, wenn wir sie rufen; solange wir ein Buch nicht öffnen, ist dieses Buch buchstäblich, geometrisch, ein Volumen, ein Ding unter anderen Dingen. Wenn wir es jedoch öffnen, wenn das Buch seinem Leser begegnet, findet der ästhetische Vorgang statt. Und sogar für denselben Leser verändert sich dasselbe Buch, muß man wohl hinzufügen, da wir uns ja alle verändern, da wir (um wieder einmal zu meinem Lieblingszitat zu kommen) der Fluß des Heraklit sind, welcher sagte, dass der Mensch von gestern nicht der von heute ist und der von heute nicht der von morgen sein wird“ (S. 79)

Die Beständigkeit der Veränderung ist das Paradox, das sich auch zwischen den Generationen abspielt. Denn aus den Büchern begegnen uns die Geister auch der Verstorbenen, sie machen es möglich, einen Dialog mit **Heraklit** oder **Kant** oder **Freud** zu führen. Und in diesem Dialog mit den so lebendigen Toten verändern wir - uns.

Lesemühen wollen also noch erbracht sein. Das „Bündnis für Erziehung“, welches unsere Familienministerin von der Leyen nun mit den Kirchen schmiedet, weiß vielleicht zu wenig, dass Bildung vor allem Lesen ist, dass Lesen tiefe Freude machen kann nicht nur wegen des Eintauchens in eine poetische Welt, sondern weil man sich selbst ja als Leser erschafft und damit erst jene Welt. Und nur soweit man beides zugleich erschafft, gewinnt man eine Haltung, die „es“, wie es einst die schöne Sharon Tate in Roman Polanski's „Tanz der Vampire“ aus der Badewanne hauchte, „nicht mehr lassen“ kann. Natürlich, das Baden. Lesen macht eben, alte Weisheit, einen krummen Rücken und müde Augen.

Bruchlinien der psychotherapiewissenschaftlichen Diskussion scheinen seit Jahrzehnten unheilbar; der Gegensatz zwischen ökonomischen Interessen in und an der Psychotherapie und deutlich im Erleben verankerter Subjektivität durchzieht die hier zu besprechenden Studien. Man meint manchmal, die Ökonomisierung ja auch in Gestalt von Qualitätssicherung durchziehe allein deshalb alle Bereiche, weil sich dann alles leichter berechnen lasse. Doch lässt sich auch das subjektive Befinden statistisch in großen Gruppen erkennen und die Befunde sprechen dann für Psychodynamische Psychotherapie, aber wie verhält es sich mit der ökonomischen Seite? Werden wirklich Kosten eingespart? Was können wir beobachten, wenn wir uns und unsere wirtschaftlichen Arbeitsfrüchte sehen? Wie ist der Dialog zwischen professionellen Praktikern und Sachbearbeitern in Versicherungsunternehmen oder ihren Vorgesetzten, die ihnen Fortbildungsprogramme verordnen? Kann man da was verbessern?

Beginnen wir also und studieren ein paar der Schwierigkeiten, die sich um die psychotherapiewissenschaftliche Forschung ranken.

NEUES ZU BEKANNTEN STUDIEN

Die schwedische Studie, die **Rolf Sandell** vor einiger Zeit auch in deutschen Journalen zu publizieren begonnen hatte und über die auch hier mehrfach schon berichtet wurde, findet weitere Anschlüsse in einem Beitrag von **Anna Lazar**, **Rolf Sandell** und **Johan Grant** in „Psychotherapy Research“ (1/2006). Die untersuchte Frage müsste nachhaltiges Interesse finden und lautet: „Do psychoanalytic treatments have positive effects on health and health care utilization? Further findings of the Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis Project (STOPP)“.

Diese Autoren stellen fest, daß es mit der Untersuchung von Kostenersparnis im Gesundheitswesen durch Psychotherapie nicht einfach ist. „Cost effectiveness is very difficult to estimate“. Denn dem stehen eine Reihe von Schwierigkeiten entgegen.

„It is difficult enough to make a thorough inventory of the various types of costs and savings that can be related to psychotherapy but far more difficult to estimate the costs and savings in dollars or euro. The costs of psychotherapy should include not only the fee or reimbursement and work loss of the patient but also such remote costs as, for instance, those for psychotherapist supervision. Savings should include not only the patient's own reduced health care con-

sumption but also that of the patient's family members, increased productivity (not only or necessarily measurable in days of sick leave) of the patient and his or her family, and so on, if possible in a lifetime perspective".

Dem könnte man noch einiges anfügen. Denn die Kostenersparnis im Fall einer gelingenden Psychotherapie erstreckt sich in der Tat ja nicht nur auf die höhere Arbeitsproduktivität oder geringere Ausfalltage am Arbeitsplatz, sie könnte sich ja, wenn man den angesprochenen Blick auf den Lebenszyklus einschließt, durchaus auf die nächste Generation beziehen. Denn Kliniker wissen, dass in einem solchen Fall, wenn die frühen Defizite aufgearbeitet werden konnten, Kinder bei solchen Eltern etwas (!) glücklicher aufwachsen. Irgendjemand hatte vor längerer Zeit schon einmal vermutet, dass die Erfolge von Behandlungen vielleicht erst in der nächsten Generation aufzuweisen sein werden.

In jedem Fall sei zwischen tatsächlicher, längerer Psychotherapie und etwa Medikamentengabe zu unterscheiden, zwischen stationärer und ambulanter Behandlung und Erfolgsmaße wie etwa Ausfallzeiten daraufhin zu kontrollieren, ob die Patienten tatsächlich einen Arbeitsplatz haben. Und die Autoren weisen unter Literaturangaben darauf hin, dass solche Dinge nicht immer beachtet wurden.

Die eigene Studie ist Teil des schwedischen STOPP, das geplant wurde, um solche Kostenschätzungen bzw. Einsparungen durch Psychotherapie, gemessen an der Inanspruchnahme von Versicherungstagen pro Jahr, auf bessere statistische Beine zu stellen.

Das Design der Studie

Das Design wird ausdrücklich noch einmal vorgestellt:

756 Personen, die ihre kassenfinanzierten Behandlungen in den Jahren 1991-1993 und 1992-1994 abgeschlossen hatten wurden zusammen mit 554 Personen auf Wartelisten in der Studie untersucht. Sie erhielten einen Fragebogen in den Jahren 1994, 1995 und 1996; Rücklaufquote 59%. Zu untersuchen blieb ein Panel von 445 Personen, das quasi-experimentell in Untergruppen aufgeteilt

wurde: 344 hatten Langzeitpsychotherapie, 76 eine Analyse (oder mehrere). 13 Personen, die eine niedrig-dosierte Therapie mit geringer Frequenz erhielten und 12 Personen, die noch nicht begonnen hatten, wurden für diese Studie ausgeschlossen. Die verbleibenden Personen wurden nach einem Zeitplan vor, während und nach der Behandlung (zu je 3 Meßzeitpunkten, insgesamt also 9mal) untersucht. Der entscheidende statistische Analyse-Schritt bestand in einer Regressionsanalyse der abhängigen Variablen (subjektiver Gesundheitszustand und „health care“) auf diese Messzeitpunkte. D.h. man will wissen, zu welchem Zeitpunkt wesentliche Veränderungen nachgewiesen werden können. Eine Reihe von Sicherungen und Tests wurde eingebaut, etwa in dem man die selbstberichteten Angaben mit denen aus den Versicherungen verglich oder auf Alters-, Geschlechter- und Einkommenseffekte achtete.

Um den Behandlungserfolg zu messen kamen verschiedene outcome-Maße zum Einsatz: Der Well-Being-Questionnaire (WbQ), die Symptom-Checklist-90 (SCL-90), die „Sense of Coherence Scale“ (SOCs) und schließlich auch eine „Self-Rated Health Scale“ (SRH). Letztere besteht nur aus einem item. Man sieht darauf eine Reihe von Gesichtern mit unterschiedlichen Affektwerten, die auch verbal erläutert werden und soll ankreuzen, welches Gesicht einem selbst derzeit am ehesten entspricht (von 1= sehr schlechter Zustand bis 7 = sehr guter Zustand). Mit dem WbQ waren sozioökonomische Daten, Angaben über vorangegangene Behandlungen und Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten während der letzten 12 Monate erfasst. Offenbar liegt hier schon eine der Schwierigkeiten versteckt, denn

“The official records turned out to be far from flawless and included strange entries”

Aufzeichnungen in der offiziellen, von Krankenkassen oder anderen Gesundheitsdiensten geführten Patientenakte wurde also überprüft und erwiesen sich keineswegs als fehlerfrei; die Korrelationen zu den Selbstangaben des Patienten changierten um Werte von .20 (je nach Zeitpunkt). Die Korrelationen zwischen Selbstangabe und bürokrati-

tischer Erfassung bezüglich erstatteter Ausfalltage betrogen – wiederum je nach erfassstem Jahr – zwischen .57 und .73. Die letzten Jahre also werden besser erinnert als die früheren. Geringe Korrelationen fanden sich in den Angaben über psychiatrische Krankenhausaufenthalte. Insgesamt gesehen waren diese Korrelationen gering, nur manchmal signifikant und ohne sicheren Aussagewert.

Als Psychotherapie wurden Behandlungen definiert, die einmal pro Woche im Sitzen durchgeführt wurden, als Psychoanalyse jene mit einer Frequenz von 3-5 Sitzungen pro Woche; alle Behandlungen waren von lizenzierten Therapeuten ausgeführt, deren durchschnittliche therapeutische Erfahrung bei 20 Jahren lag.

Die „typische“ Patientin (77%) war Ende Dreißig, die Hälfte aller Patienten lebten mit einem Partner zusammen, 17% waren geschieden. Die Hälfte von ihnen hatte Kinder, 64% einen Hochschulabschluß. Mehr als die Hälfte hatten eine DSM-III-Achse-I-Diagnose, 11% hatten eine Diagnose auf Achse-II, d.h. litten an Persönlichkeitsstörungen. In den Analysen fanden sich etwas mehr Männer, die auch älter waren und etwas höhere Schulabschlüsse hatten und etwas häufiger geschieden waren als in der Psychotherapie-Gruppe.

Ergebnisse

Ein Befund lautet nun:

„...subjective general health (SRH) increased about the same rate during long-term psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis, and the positive effect persisted during long-term follow-up.“

Subjektive Besserungen sind also dauerhaft und deutlich. Befunde zu den gesundheitsökonomischen Fragestellungen jedoch irritieren die Forscher erkennbar. Trägt man auf der 9-punktigen Zeitachse die Messungen ein, um jeweils Behandlungseffekte bei verschiedenen Zeitpunkten zu erkennen, ergibt sich eine kaum interpretierbare „zigzag form

of the curves“ etwa, wenn man die Inanspruchnahme psychiatrischer Institutionen misst – und das gilt für beide Gruppen, Psychotherapie und Psychoanalyse. Die PT-Gruppe hat eine *leichte* Reduktion des Medikamenten-Verbrauchs, die Analyse-Gruppe hingegen einen *leichten* Anstieg auch bei den follow-up-Meßzeitpunkten!

Wenn man die Arbeitsfähigkeit untersucht und dabei nur diejenigen, die mehr als 75%-Jobs haben (weil die anderen ihre Arbeitsschwierigkeiten besser „verstecken“ können in den sowieso freien Zeiten), bleiben 216 Personen, deren Werte mit denen des Stockholm County verglichen werden können. Das Ergebnis

„...the average level of absenteeism for both the female and male patients in the 30- to 49-year age span was well above the incapacity rate of their peers in the Stockholm County population across all treatment stages“.

Das Behandlungsstadium selbst hat keinen Einfluß auf die Fehlzeiten am Arbeitsplatz. Die Autoren fassen ihre Befunde so zusammen:

“To summarize our significant findings, in line with our expectations, we found an increase in subjective general health (SRH), decreasing symptom distress (GSI), and increasing morale (SOCS) in both groups. Furthermore, we found an unexpected increase in psychiatric consultations with paramedics in the psychotherapy group“

Die Befunde sind also uneinheitlich; die Fragebogenwerte und Selbsteinschätzungen sind positiv, aber es gibt ein *leicht erhöhtes* Inanspruchnahmeverhalten von medizinischen Diensten und *nicht* verringerte Fehlzeiten am Arbeitsplatz. Hier formulieren die Autoren:

„...the most striking finding of our study is the lack of significant change in the health care variables to match the positive changes in the subjective well-being measures“.

Und weiter:

Was Vermögen vermag

In der April-Ausgabe des „American Heart Journal“ (Vol. 151, 4, 934-42) haben **Herbert Benson** et al. eine „Study of the therapeutic Effects of Intercessory Prayer (STEP) in Cardiac Bypass Patients“ publiziert, von der das wichtigste gleich zu Anfang mitgeteilt sei: Sie kostete die finanzierende John Templeton Foundation die Kleinigkeit von 2,4 Millionen Dollar.

Benson ist Kardiologe am Mind/Body Medical Institute bei Boston; er untersuchte mit seiner Gruppe zwischen Januar 1998 und November 2000, ob Beten am Krankenbett eine Wirkung habe. Es ging um Patienten kurz vor einer Bypass-OP. Einer ersten Gruppe von 604 Patienten teilte man mit, man würde evtl. für sie beten und tat das dann auch, während einer zweiten Gruppe von 597 Patienten dasselbe zwar gesagt, dann aber eben nicht gebetet wurde. Einer dritten Gruppe von 601 Patienten teilte man mit, dass für sie gebetet würde und das geschah definitiv dann auch. Der Unterschied zur ersten Gruppe bestand also darin, dass die erste Gruppe in Unsicherheit gelassen wurde, ob tatsächlich gebetet würde. Als Beter waren Vertreter der beiden christlichen Religionen gefunden worden, andere nichtchristliche Religion waren zur Mitarbeit nicht bereit.

Es kam, wie es kommen musste: Die Häufigkeit postoperativer Komplikationen im Zeitraum von 30 Tagen war in allen drei Gruppen annähernd gleich und das galt auch für die Sterblichkeit. In der dritten Gruppe waren die entsprechenden Häufigkeiten am höchsten, aber ohne Signifikanzen.

Ich finde die Analogie zur empirischen Diskussion in der Psychotherapieforschung lehrreich: Allen Ernstes diskutiert **Mitchell W. Krucoff** im Editorial des Heftes die Frage der Standardisierung der „Intervention“ und vermisst die Untersuchung von Placebo-Wirkungen; auch sei die Stichprobengröße nicht ganz korrekt. Und die Autoren der Studie selbst diskutieren solche Fragen wie die, ob die Befunde der dritten Gruppe nicht vielleicht deshalb am schlechtesten gewesen seien, weil diese Patienten vielleicht gedacht haben könnten, dass es um sie besonders schlecht stünde, weil nur noch Gebete helfen. Wir dürfen auf die Nachuntersuchungen zu diesem subjektiven Faktor gespannt sein, das Vermögen dazu ist ja vorhanden. Auch das gehört zum Thema Gesundheitsökonomie ...

“Our results indicate that psychoanalytic treat-

ments do have positive effects on patients' health in terms of how it is subjectively experienced and rated (SRH, GSI, and SOCS). In contrast, we could not discern any effects of psychoanalytic treatments on health care utilization variables. A clear setback was our failure to demonstrate decreasing trends even in psychiatric health care utilization, the area of our highest expectations. Regarding medical health care, we had assumed that consultations with medical doctors would be the variable most sensitive to decreasing somatic ill health, but this was not confirmed either. Because our results differ from the conclusions of much previous research, the question one must ask is where the difference lies”.

Andere Studien etwa, so wird zur Beantwortung dieser schwierigen Fragen nun ausgeführt, verließen sich zur Einschätzung von Krankheitstagen auf die Aussagen der Patienten; aber das scheint nicht zuverlässig zu sein. Vielleicht gehören schwedische Patien-

Hinweis

Aus der schwedischen Studie sollten keine voreiligen Schlüsse gezogen werden. Aus Platzgründen muß ich darauf hinweisen, dass im nächsten PNL weitere Befunde aus der schwedischen Studie referiert werden, aber auch andere, etwas optimistischer stimmende Befunde zu den gesundheitsökonomischen Auswirkungen der psychodynamischen Behandlungen.

ten zu anderen diagnostischen Gruppen? Denn USA-Studien berichten meist von Problemen „in work and love“, nicht aber von Achse-I und Achse-II-Störungen. Kulturelle und sozioökonomische Faktoren wurden bei einer ersten Präsentation dieser Studie auf der SPR-Konferenz in Rom diskutiert, aber führten auch damals zu keiner Entscheidung. Am Ende bleiben die Autoren auch in der jetzigen Publikation ratlos:

“One argument in the Swedish debate has been that ill health and illness must be differentiated ... A conclusion that can be drawn from the current study is that at least three dimensions must be differentiated: being ill, feeling ill, and acting upon any of the two, and that the relations are much more complicated than one would like. One would reasonably expect some

agreement between one's subjective experience and how one acts on that experience. We have found strong treatment effects on the subjective experience of ill health but no effects on ill health-related behaviour. Are we, in fact, looking at essentially different phenomena when we compare subjective health and ill health-related behaviour? We will pursue our attempts to answer this question."

Weitere Verwirrungen

Wer das Mai-Heft der „Psyche“ aufschlägt, kann sich erfolgreich weiter verwirren lassen.

Horst Kächele und seine Ulmer-Gruppe beschreiben in wirklich vorbildlicher Weise einen psychoanalytischen „Musterfall“. Das ist ein Wort, in Analogie zu Freuds „specimen dream“ von Irma gebildet. Eine vor mehr als 30 Jahren an schweren Störungen ihres weiblichen Selbstbildes leidende Patientin, hier Amalie X. genannt, wird erfolgreich behandelt, die Stunden sind nicht nur protokolliert, sondern transkribiert. Die Transkripte, in der Ulmer Datenbank zugänglich, dienen für eine Reihe von Untersuchungen auf verschiedenen Levels, von der zusammenfassenden Nacherzählung der einzelnen Stunden bis hin zu linguistischen Feinanalysen. Dabei konnte ein Prozeß-Zusammenhang zwischen emotionaler Einsicht durch richtige Deutung und nachfolgender Verbesserung des Zustandes der Patientin mit verschiedenen Meßmethoden durchaus gezeigt werden.

Anders aber der Bericht von **Joseph Schachter**, der an die **Wallerstein**-Studie erinnert und fragt, ob wir überhaupt einheitlich sagen könnten, was ein psychoanalytischer Prozeß sei: „Um es zusammenzufassen: bereits aus inneren Gründen ist das Konzept ‚psychoanalytischer Prozeß‘ als Grundlage für eine Definition von Psychoanalyse denkbar ungeeignet“ (S. 463). So schnell wird einem der Ulmer Boden wieder unter den Füßen weggezogen. Mich freut dennoch, dass Schachter die Psychoanalyse als „Profession“ bestätigt, auch wenn er deren Entwicklung als „unvollständig“ beschreibt. Gewiß scheint freilich, dass nicht alle seine Perspektiven und Schlussfolgerungen unwidersprochen bleiben können. Aus der empirischen Forschung kann man auch andere Befunde beibringen, die er auslässt und nicht zitiert und die ein deutlich positiveres Bild zu zeichnen erlauben. Das andere Bild könnte man auch bei einer anderen Auswahl seiner Befunde über die Entwicklungspsychologie zeichnen; hier möchte ich zu Diskussionen anregen.

Damit endet dieser in gesundheitsökonomischen Fragen nicht optimistisch stimmende Bericht. Natürlich dürfen wir gespannt sein,

was noch aus Schweden kommt, aber es könnte sich auch ergeben, dass wir mit unseren Patienten durchaus mehr über das Inanspruchnahmeverhalten reden müssen; nicht ganz selten sind wohl jene Behandlungen, deren Therapeuten erst relativ spät von ihren Patienten erfahren, dass diese zeitgleich und parallel zu Analyse oder Therapie schon seit geraumer Zeit vom Hausarzt Antidepressiva, Schlafmittel oder Ritalin verschrieben erhalten. Die Krankheitsvorstellungen, deretwegen Patienten Behandlungen aufsuchen, sind thematisch eng verbunden mit dem, was sie dagegen tun; und manchmal machen sie, gestützt durch ein dies ermöglichendes Gesundheitssystem, das eine *neben* dem anderen ohne darin ein Problem zu sehen. Ich persönlich lese also die Aufforderung aus der schwedischen Studie heraus, über diese Dinge mit Patienten mehr ins Gespräch zu kommen. Schließlich möchte man doch wissen, ob die Beseitigung von Schlafstörungen ein Ergebnis der Analyse oder der Medikamente war, oder?

Und über weitere schwedische Befunde mehr im nächsten PNL.

Andere Berichte

Im International Journal of Psychoanalysis (5/2005) berichten **Socorro Ramonet Rascón, Pablo Cuevas Corona, Teresa Lartigue et al.** aus Mexiko über eine Anwendung der von **Leuzinger-Bohleber u.a.** in der deutschen DPV-Studie verwendeten Untersuchungs-Methodik. Dabei wurden bekanntlich Patienten und ihre Therapeuten interviewt, diese Interviews aufgezeichnet und, zusammen mit in der psychotherapiewissenschaftlichen Forschung üblichen Fragebögen in einer Gruppe von Untersuchern ausführlich besprochen und evaluiert. Hier wird dieses Verfahren nun an 5 (ursprünglich 6) Patienten demonstriert, die ihre Behandlung von mindestens einem Jahr Dauer schon vor mindestens 4 Jahren abgeschlossen hatten. Anders als in der DPV-Studie wurden die Behandlungsergebnisse positiv geratet und zwar von Patienten wie von Therapeuten; die DPV-Studie hatte einen Trend der Therapeuten erbracht, ihre Ergebnisse eher pessimistisch zu werten. Ein

einzelner Fall wird detailliert vorgestellt und dabei insbesondere das Auftreten von Übertragungsmanifestationen während der Nachuntersuchung studiert; die Patientin tauchte während der Nachbefragung recht tief in ein Wiedererleben ihrer Depressionen ein, die sie zur Behandlung geführt hatten. Ein Stückchen „mini-analysis“ (S. 1437) scheint im Nachbefragungsinterview erforderlich geworden zu sein.

Freilich gibt es, trotz der erfreulichen Zustimmung zur DPV-Methodik, zwei Probleme, die ich hier herausheben möchte. Wenn die Autoren schreiben, diese Methodologie „could be used as a successful evaluative instrument with patients and analysts to study the long-term effects of psychoanalysis and psychotherapy“ (S.1438), dann müßte die wahrscheinlich korrektere Aussage lauten, daß hier ein brauchbares Instrument zur nachträglichen Reflexion eines *Prozesses* (also weniger eines Effekts) entwickelt wurde.

Ein zweites Problem entsteht durch die Einleitungssätze in dieser Studie, wo wir überrascht lesen müssen:

“The proven efficacy and relatively low costs of pharmacological and cognitive-behavioral treatments for symptomatic improvement of mental disorders, as well as the lack of evidence regarding the benefits of psychoanalytic treatment, may

both be regarded as major contributing factors to the current prevailing tone of scepticism”.

In der gleich zu besprechenden folgenden Studie aus Kanada lassen sich dazu ganz andere Bemerkungen finden; die kanadischen Autoren, keine Psychoanalytiker übrigens, denken darüber ganz anders. Und sie untersuchen, ob nicht gerade die Art des „Gesprächs“ zwischen professionellen Praktikern und Versicherungsvertretern einen Beitrag zur Verwirrung und Aufrechterhaltung von Bruchlinien liefert; denn die einen *denken* völlig anders als die andern. Und dann kommt verwirrend hinzu, dass ausgerechnet psychoanalytische Autoren von der „bewiesenen Wirksamkeit“ und von „niedrigen Kosten“ der pharmakologischen Therapien bestätigend reden, während andere diese Nachweise als keineswegs gesichert ansehen – Konfusionen, die vielleicht weniger nötig sind, als dass sie gewohnheitsmäßig ein *on dit* weitergeben, das Hörensagen von der Nutzlosigkeit der einen oder anderen Therapierichtung tradieren und damit jene Gewohnheiten des Denkens doch erst erzeugen oder wenigstens stabilisieren, die man dann „nicht mehr lassen“ kann. Auch hier hilft nur – Lesen!

DENKSTÖRUNGEN IM „GESPRÄCH“?

Was die schwedische Studie in ihren Ergebnissen ermittelt, die mexikanische Studie in ihren Einleitungsworten aussagt, gibt eine Bruchlinie zwischen ökonomischer und subjektiver Perspektive bezüglich der Behandlungserfolge deutlich wieder. Eben diese Bruchlinie untersucht ein in „Psychotherapy Research“ (1/2006) nachfolgender Artikel von **Lee-Anne Greer** und **David L. Rennie** aus Kanada. Sie beobachteten schon in einer früheren Studie die Differenz in den Wertesystemen von interviewten „providers“ („Leistungserbringer“) und „payers“ (Versicherungsunternehmen).

“This study led to the tentative understanding that, to some extent, providers and payers use

different discourses and thus take different positions in term of the relationship between service and its costs. In short. The insurers interviewed appeared to bold interests consistent with what has been mentioned in the literature thus far. That is, they showed a strong focus on costs, associated with psychological service, especially psychotherapy and related therapies, and on the delineation of standardized, observable, and hence ostensibly objective descriptions of problems and treatment lengths in the hope that costs on files could be more accurately predicted. Alternatively, the providers' values, as expected, appeared to load more on the end of service with less emphasis on how much it costs. Despite the efforts of many providers to portray their practice as objective, using the language of

science, payers on the whole did not appear satisfied with the outcome.”

Der Beitrag setzt sich zum Ziel, die kommunikativen Differenzen zwischen providers und payers prägnanter zu fassen. Denn in der Übernahme der vorwiegend ökonomischen Orientierung durch die Therapeuten selbst sehen die Autoren den hauptsächlichen Grund, warum solche Verfahren wie die Cognitive-Behavioral-Therapy (CBT) beinahe zum Synonym mit „empirically supported therapy“ (EST) geworden ist. Ausgiebig habe ich über die EST-Diskussion in den PNL berichtet; es geht um das Bestreben, nur noch jene Therapien zu finanzieren, die als „empirisch gestützt“ gelten. Eben weil CBT hier sich am ehesten den ökonomischen Kriterien der „payers“ zuordnen lässt, komme es zu der beinahe schon „selbstverständlichen“ Gleichsetzung von CBT und EST mit der Folge, dass amerikanische und kanadische Versicherungen umstandslos CBT finanzieren, kaum aber andere Behandlungen.

Zur Bestimmung der kommunikativen Differenzen wurden nun 7 Vertreter von Versicherungsunternehmen und 5 Therapeuten aus privater Praxis (verschiedene Orientierungen) in der Zeit von 1999 und 2000 interviewt. Die Interviews dauerten eine bis 3 Stunden, ihre Aufzeichnung wurde transkribiert und mit einem Verfahren der qualitativen Richtung, der sog. „grounded theory“ analysiert. Das bedeutet, einzelne Abschnitte aus den Interviews mit einer dem Transkript selbst entnommenen Kategorie, dem Code, zu versehen und diese Codes in eine Beziehung so zueinander zu setzen, daß die latente kognitive Struktur erkennbar wird. Auf diese methodisch präzise beschreibbare Weise erhält man eine Hierarchie von Codes und damit eine Theorie, die als begründet („grounded“) im Material selbst angesehen wird. Die kommunikativen Differenzen artikulieren sich nun besonders deutlich in zwölf ermittelten Haupt-Kategorien (zusammen mit ihren Unterkategorien):

- Gebrauch psychologischer Expertise: wo und wie wird Expertise gebraucht?

- Psychologische Interventionen: was geschieht in der therapeutischen Praxis?
- Die Sicht von Nicht-Psychologen auf Psychologen: gegenseitige Meinungsverzerrungen
- Objektivität und Subjektivität: was wird darunter verstanden?
- Behandlungsprotokolle: Unergiebige Diskussionen darüber
- Beziehung als Antagonismus oder als Rapport: verschiedene Wertungen
- Kommunikation: deren Rolle wird ganz unterschiedlich gesehen
- Statistiken und Daten
- Kosten: deren Verhältnis zu Aufwand, Rehabilitation
- Effekte des Versicherungssystems auf die Klienten: völlig verschiedene Sichtweisen
- Definitionen von Erfolg: völlig verschiedene Sichtweisen
- Der Vertrag mit den „third-party-payers“.

Zwei Hauptkategorien hatten besonders häufige Ladungen, nämlich die ersten beiden. Unterkategorien waren hier beispielsweise die Richtung der psychotherapeutischen Beeinflussung, deren Mittel oder deren Inhalte. Die Versicherungsvertreter betonten, dass sie ihr Wissen über Psychotherapie entweder aus eigener Anschauung, aus den Erfahrungen mit Bekannten oder direkt von anderen Psychotherapeuten haben. Sie erweisen sich als bemüht, sind aber deutlich irritiert. Bei einem Antrag, so wird der Vertreter einer Autoversicherung wiedergeben, könne er oft nicht entscheiden ohne eine zweite Meinung einzuholen. Aber dann liegen verschiedene Behandlungspläne durch zwei Psychologen bei derselben Störungen vor und er könne dann nicht wissen, welche Methode erfolgreicher sei. Man merkt, in Kanada ist ein etwas anderes System als bei uns, was man berücksichtigen muß.

Die Versicherungen stellen psychotherapeutische Fachleute an, aber wenn diese länger nicht mehr in der Praxis waren oder aus der Psychiatrie kommen, bleibt ihnen auch nichts anderes, als die Forschungsliteratur zu

lesen und dementsprechend zu entscheiden. Die Therapeuten werden dann an der langen Leine von Versicherungsvertretern geführt, die meist eine andere Vorstellung von Expertise, manchmal eine im wesentlichen nur Erlesene Perspektive haben.

“...it could be argued that the insurers were looking to the practitioners to tell them what a client required in terms of the specific form of a psychological intervention”.

Umgekehrt gibt es Wege der Beeinflussung von Versicherungsvertretern durch die Praktiker, etwa die Lektüre der Akten, bei denen die Sachbearbeiter interne Muster ausbilden, was „üblich“ ist. Direkter ist die Verschickung von Forschungsliteratur, die Veranstaltung von Seminaren oder die Anstellung von Fachleuten. Ein Vertreter der Versicherungsseite sagt es ganz klar:

“...it’s the psychologists who are saying: ‘cognitive-behavioral therapy’”.

Überraschend, wenn nicht sogar bestürzend ist, dass von den interviewten Vertretern der Versicherungen einzig CBT überhaupt als therapeutische Methode erwähnt wurde; andere Verfahren oder Orientierungen waren ihnen völlig unbekannt. Noch bestehe kein Grund zur Sorge, meinen die Autoren, denn:

“The preference for CBT does not appear to have yet developed to a point at which insurers were demanding it as a criterion for funding the treatment. Nevertheless, it appears that psychology has put the pressure on itself to perform specific forms of treatment. To quote one practitioner: ‘I think that psychologists are trying to regulate psychologists in terms of what’s okay and what’s not’”.

Es sei eigentlich zu begrüßen, wenn die Stimme einer Profession nun so deutlich gesellschaftlich wahrgenommen werde. Aber die eine Sache ist das Ausüben von Autorität, die andere ist, wenn sie irrtümlich ausgeübt wird. Greer und Rennie äußern sich nun ganz klar: die Befundlage gestatte nicht, CBT als einzige EST auszuweisen! Einerseits gäbe es eine überwältigende Menge an Forschung über nonspezifische Faktoren, dann über die Neigung von Forschern, just jene Ergebnisse zu ermitteln, die ihnen die liebsten sind und

schließlich wird auch hier auf die Arbeiten von Wampold hingewiesen, die ich ja nun auch in den PNL oft genug erwähnt habe.

“Thus, overall, there is compelling evidence to suggest that no one form of therapy is more effective than are any of the other major forms”

schließen sie ihre inhaltliche Stellungnahme – und darin eben vollkommen anders als die mexikanischen Autoren über die DPV-Methodik - ab. Die Erklärung für die Diskrepanz zwischen empirischen Befunden und Bevorzugung der CBT liege gerade nicht in empirischen Befunden, sondern in soziopolitischen Dimensionen. Hierzu wird auf **Foucaults** Theorie der Macht als einer netzwerkartigen Organisiertheit verwiesen; ein wesentlicher Bestandteil solcher Macht sei Wissen, selbst dann, wenn es irrtümlich ist. Dieser Irrtum wird machtkonstituiert nicht bemerkt, solange er zu anderen, mächtigeren Wissensdiskursen passt.

“Bound up in the framework, CBT promoted as the premier EST can be seen as a contemporary technology of power. More than any other current disciplinary practice, CBT fits neatly with the prevailing regime of truth, the regime of what has been described as naturalism...Accordingly, the fact that, among psychotherapy discourse, its discourse is seen to be the most scientific, objective, and technological contributes to its hegemony. This fit of CBT, as an EST, with the current dominant discourse could also be used to explain why counterarguments and critiques of the move toward ESTs have been largely ignored.”

Nun, mit einer solchen Argumentation *muß* man nicht konform gehen, um sich dennoch davon anregen zu lassen. Mir will beachtlich scheinen, dass hier eine Argumentation verfolgt wird, wie man sie vor Jahren durchaus schon hören konnte und wie sie kürzlich etwas Furore gemacht hat, als im Deutschen Ärzteblatt¹ darüber berichtet wurde, dass eine amerikanische Forscherin, **Lisa Cosgrove**, die Verwicklungen jener Psychiater, die DSM-III vorangetrieben haben, mit der Pharma-Industrie untersucht hatte. Die Beschreibungen etwa der Soziophobie seien so abgefasst gewesen, dass sie für ein be-

¹ <http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=23907>

stimmtes Medikament, Fluoxetin (in Amerika: Prozac) jene Indikation bildeten, die seine Vermarktung möglich machen sollten. **Sheldon Krimsky**, Professor an der Tufts-University, hat in seinem Buch „Science in the Private Interest“ (2003) den *allgemeinen* trend der zunehmenden Verwicklung von privaten Unternehmensinteressen mit wissenschaftlichen Forschungen auch in völlig anderen Bereichen untersucht; diese Verwicklung wird nicht nur in Deutschland, sondern auch in anderen Ländern von der Politik nachhaltig unterstützt mit dem Argument der „Eliteförderung“, mit der Notwendigkeit angeblicher „Praxisrelevanz“ und mit der Überlegung, Studierende nachhaltiger ans Berufsleben heran zu führen. Das alles klingt ehrenwert, aber wir sehen auch deutlicher die an Korruption grenzenden neuen Verhaltensweisen. Ich meine, es ist in diesem Zusammenhang von größer Bedeutung, auf der Souveränität wissenschaftlicher Forschung zu bestehen! Wenn es keine unabhängige Urteilsinstanz *über* den divergierenden Interessen mehr gäbe, selbst der Idee nach wenigstens nicht mehr, dann wäre ökonomischer Korruption und mentaler Verwirrung tatsächlich Tür und Tor geöffnet. Sheldon Krimsky spricht davon, dass an Wissenschaft und Forschung orientierte Universitäten sich – prägnant natürlich in der Gen-Forschung und in den USA durch höchstrichterliche Urteile gefördert - zu Zonen privater Unternehmensinteressen umgewandelt hätten; er nennt das „akademischen Kapitalismus“. Die Folgen etwa für ein akademisches Ethos, für das, was wir für Wahrheit halten wollen, werden uns in den nächsten Jahren nachhaltig beschäftigen. Und treffen!

Aber jenseits dieser Verwicklungen und den entsprechenden Studien dazu kann man auch andere Überlegungen zu psychotherapiewissenschaftlicher Forschung und deren Entwicklung anstellen.

Erinnert sei daran, dass im deutschsprachigen Raum wohl erstmalig durch die Berliner Psychotherapiestudie von **Gerd Rudolf et al.** (1988) eine andere, praxisnahe Forschungsstrategie versucht worden war. In dieser Studie untersuchte man nicht nur Patienten, sondern auch die beteiligten The-

rapeuten, z.T. mit den gleichen Instrumenten wie etwa Fragebögen zur Biographie oder mit Interviews. Aus dieser Studie ging dann eine Charakterisierung verschiedener Typen des therapeutischen Arbeitsbündnisses hervor und zugleich eine Art Idealschema der therapeutischen Zusammenarbeit. Eine solche Studie musste als Durchbruch zu einer Zwei- oder gar Mehrpersonenpsychologie auch in der empirischen Forschung betrachtet werden, weil die tatsächliche Mitbeteiligung des Therapeuten zu ermitteln versucht wurde. Damit ging man, was wohl auch Greer und Rennie vorschwebt, deutlich über einen Technologie-orientierten Ansatz hinaus und fasste Psychotherapie nicht als medizin-analoge „Intervention“, sondern als „Beziehungsarbeit-mit-wechselseitigen-Schwierigkeiten“, sozusagen, auf.

Einige wenige einzelne Studien folgten dieser Orientierung, aber mit dem ökonomischen Druck auf Effizienznachweise erfolgte eine Art intellektueller Regression bei der Durchführung von Effektivitätsstudien. Man orientierte sich wieder an diagnostischen Klassen, aus deren immer weiter reichender Verfeinerung man Funken zu schlagen hoffte und verglich die Wirksamkeit dieser oder jener Behandlungstechnik bei dieser oder jener diagnostisch erfassten „Störung“. Es war ein Rückfall in die individualistische Patientenbeforschung auch hier; bereits erreichte level der Praxisnähe wurden wieder aufgegeben. Kürzlich erst haben **David Or-linsky** und **Helge Ronnestad** in ihrem Buch „How Psychotherapists Develop“ (2005) zu recht beklagt, dass die Forschung zu sehr Psychotherapien, zu wenig aber Psychotherapeuten untersucht habe. Die methodische Fiktion, man könne in der Psychotherapieforschung so tun, als sei der behandelnde Therapeut gleichsam nicht anwesend oder wenigstens austauschbar, ist zum Streitgegenstand eigener empirischer Studien avanciert – auch darüber mehr im nächsten PNL. Das ist aber andererseits just die Bruchlinie jener kommunikativen Differenzen, die Greer und Rennie zu untersuchen begonnen haben.

Den Grund dafür darf man wohl in der von der Konkurrenz erzwungenen Wieder-Orientierung am medizinischen Modell der

Psychotherapie sehen, das von Bruce **Wampold** (2001) in seinem fulminanten Überblick über „The Great Psychotherapy Debate“ als empirisch widerlegt ausgewiesen wurde. Die internationalen Rezensionen dieses Buches haben seiner empirischen Analyse zugestimmt. Gerade die empirische Kritik am medizinisch-pharmakologischen Denken in der Psychotherapieforschung ist stark, man kann Psychotherapie wohl wirklich nicht länger als Quasi-Medikation auffassen, wenn man den empirischen Befunden nicht Gewalt antun will. Aber das Bedürfnis nach Differenzierung (sprich: Konkurrenz) zwischen einzelnen Schulen und den ihre Territorien verwaltenden Institutionen der Ausbildung ist riesengroß. Die Suche nach spezifischen Wirksamkeitsfaktoren geht deshalb weiter und so betreibt man das Wettspiel zwischen den verschiedenen Orientierungen, als ob es tatsächlich noch erste Preise zu gewinnen gäbe. Es gibt aber nur zu verlieren. Diese Einsicht über die Konkurrenz könnte sich aus einer Studie wie der von Greer und Rennie verbreiten. Ich entnehme ihr auch, wie ungemein wichtig es ist, die Vertreter der Versicherungsseite hochrangig über die Themen zu informieren. Das schließt ein, sie über die Komplexität der empirischen Befundlage in der Forschung zu informieren, deren Eindeutigkeit zugunsten von CBT ja tatsächlich nicht gegeben ist, auch wenn die schwedische Studie den psychodynamischen Richtungen diesmal nicht Wind unter die Flügel bringen wird und es schließt ein, sie über die Tätigkeit professioneller Therapeuten, über den Zeitverbrauch seelischer Entwicklung und über notwendige Praxisbedingungen sachkundig *und* anschaulich zu unterrichten.

Wie Perspektiven sprachlich erzeugt werden

Bleiben wir etwas bei den qualitativen Forschungen, denn hier ist doch auch inhaltlich Interessantes zu erfahren.

Das Int. J. Psychoanal. bringt seit längerem schon eigene Forschungsberichte, weil man verstanden hat, dass ohne empirische Forschung kein Blumentopf mehr zu gewinnen

ist. Es gibt aber mehr als „outcome“-Forschungen und so verdanken wir **Tilman Habermas**, Professor der Psychoanalyse in Frankfurt/Main, einen schönen Forschungsbericht mit dem Titel „Who speaks? Who looks? Who feels?“ (Heft 2/2006). Von welchem Gesichtspunkt aus einer in autobiographischen Interviews erzählt ist von großer Bedeutung; so kann man Konfliktmuster und Abwehrstrukturen hoffentlich etwas sichtbarer zu machen und das dann mit klinischem Gewinn beforschen. Habermas geht hier in den Spuren von **Herrmann Argelander**, der sich während seiner letzten Jahre intensiv mit sprachlichen Indizes beschäftigte, wann eine psychoanalytische Deutung angezeigt sei. Ein Kriterium ist beispielsweise, wenn eine zureichende Motivierung fehlt. Eines von Argelanders Lieblingsbeispielen war, dass ein reicher Mann in völlig abgerissenem Zustand zum Erstinterview erschien; eine Deutung der Motive dieser Diskrepanz könnte sein: „Sie haben Angst vor Neid Anderer“. Die Abwehr zerreißt hier den Zusammenhang. Habermas will dementsprechend wissen:

“I am trying to find an answer to the question: What are the linguistic means with which conflicts are defended against to the point that narratives become fragmented and barely understandable...?”

Die Fragmentierung der Kohärenz eines Narrativs wird als Wirkung einer unbewussten Abwehr gedeutet, wie es die psychoanalytische Tradition in verschiedenen Schulen – neben Argelander werden **Bollas, Schaffer, Freud, Ferro** u.v.a. Autoren durchgemustert – angenommen hat. Unterschiede bestehen darin, inwieweit diese Autoren die psychoanalytische Situation als bi-personal einschätzen und welche Rolle sie dem Beitrag des Analytikers zugestehen. Entscheidend wird, ob ein Patient die Perspektive seines Zuhörers mit einnehmen und insofern nicht nur Erlebender, sondern auch Beobachter sein kann.

Die hier analysierten Narrative geben natürlich nicht den dialogischen Kontext wieder, sie sind auch nicht sequentiell analysiert, sondern beachten die Perspektivenübernahme bzw. deren konfliktbedingte Abwehr,

was zu einer Fragmentierung und dem Zerfall der narrativen Kohärenz führt.

Die Perspektivenübernahme wird durch mehrere sprachliche Strategien und Merkmale deutlich. Sprecher *kommentieren* ihr eigenes Tun und erläutern daran dem Hörer, wie die Dinge gemeint sind; sie *evaluieren* ihr eigenes Tun, um dem Hörer die Orientierung zu erleichtern; sie fügen die notwendigen Teile der Geschichte an, um den Nachvollzug des Gesamtzusammenhangs zu ermöglichen; sie benutzen mentale Verben wie *sehen, wissen, denken, beurteilen, wünschen*, um daran Gefühle zu verdeutlichen; sie sprechen durch *indirekte Rede*.

Etwas anderes geschieht, wenn eine bestimmte Perspektive dem Hörer deutlich gemacht werden soll, er etwa in die Position des (nacherlebenden) Protagonisten kommen soll. Dann werden Sequenzierungen wie „und dann“ genutzt, um Schilderungen aneinander zu reihen, so dass dem Hörer ein lebendiges Bild vor Augen kommt; es kann eine mehr omnisciente Perspektive evoziert werden, oder eine rein extern beschreibende Verhaltens- oder eine ausschließlich intern darstellende Erlebensperspektive. Alle drei generieren Begrenzungen, weil der Hörer ja noch nicht alles wissen kann und der Wechsel zwischen den drei Erzähl-Perspektiven zeigt an, inwieweit die Perspektive des Zuhörers eingenommen wird. Das wird dann erkennbar am veränderten Modus von der Zeit des Erzählens zur erzählten Zeit – und zurück. Alle diese Details bestimmen die Dramaturgie der Erzählung, die der Hörer dann als Atmosphäre erlebt. Hier erfahren wir also etwas, wie in der klinischen Situation Gegenübertragung „gemacht“ wird, dass sie, so betrachtet, wirklich Produkt eines erzählenden Subjekts ist. Selbst wenn wir nicht Gestik und Mimik dabei haben, zeigt uns die Analyse durch Habermas, dass die Rede, wir würden von Geschichten „bewegt“, nicht *nur* metaphorisch ist: hier gibt es wirkliche eine Kinetik des Sprechens, eine Choreographie des Erzählens, die klinische Bedeutung hat. Das wird nun an den Gesichtspunkten der persönlichen Verantwortungsübernahme, der Abwehr-Level und der induzierten Reaktionen beim Gegenüber erläutert. Anders als Fonagy mit seinem

Konzept des „reflective functioning“ wird hier freilich weniger auf den Inhalt als auf die linguistische Form abgehoben. Diese

Ein Hinweis in eigener Sache

Private Theorien können auch hinsichtlich der Vorstellungen von „Kontakt“ zwischen TherapeutIn und PatientIn untersucht werden. Das habe ich zusammen mit **Cornelia von Kleist** in einer Studie „Szenarien des Kontakts“ am Beispiel von 30 Patienteninterviews gezeigt. Deren Therapeuten wurden gleichzeitig interviewt und weiter 30 Personen aus dem stationären Bereich. Synchroner „private Theorien“ des Kontakts, so zeigte sich, gehen mit einem guten Behandlungserfolg einher, was man bei einem solchen Design gut zeigen kann. Denn der gleiche Patient hat ja Erfahrungen mit zwei Mitarbeitern berichten können und die haben sich ihrerseits zu der Behandlung geäußert. Diese Studie war Teil eines Programms zu stationären „Abschlussinterviews“, über die man auch in meinem Buch „Metaphern der Kur“ nachlesen kann.

lässt sich in therapeutischen Konversationen ja tatsächlich recht gut untersuchen, wozu man sich in meinem PNL-39 vom Januar dieses Jahres übersichtlich informieren kann.

Private Konstruktionen

Dass Patienten ihre privaten Überzeugungen haben, hat professionelle Aufmerksamkeit spätestens seit dem Beitrag von **Joseph Sandler** gefunden, der diese als implizite Konzeptualisierungen bzw. als vorbewusste Abkömmlinge unbewusster Vorstellungen, verbunden mit dem bewussten Streben nach kohärenten Narrativen auffasste. Seit den Studien von **Susan Sontag** über „Krankheit als Metapher“ weiß man um die Bedeutung dieser Überzeugungen; spätestens mit dem Aufkommen der AIDS-Diskussion hat man verstanden, dass diese privaten Überzeugungen verhaltensrelevant sind. Die Studien von **Alois Hahn** oder **Rüdiger Jacob** über „Krankheitsbilder und Deutungsmuster“ haben dies seit Mitte der 90er Jahre eindrücklich und empirisch gezeigt. Wer etwa Aids als „Gefahr“ auffasst, wird ein anderes Sexualverhalten zeigen, nämlich weitgehende Vermeidung praktizieren. Wer Aids hingegen als „Risiko“ sieht, rechnet einer mögli-

chen Beschädigung seiner Gesundheit zugleich ein eigenes Verhalten zu, das dieses Risiko kontrollieren kann. Die eine attribuieren extern, die anderen intern und das hat Folgen. Solche „privaten Theorien“ haben in der Sozialwissenschaft große Aufmerksamkeit gefunden.

Andrzej Werbart, wieder aus Schweden, erinnert in einem Beitrag des „Int. J. Psychoanal.“ (5/2005) daran, dass schon **Freud** diese Zusammenhänge beachtete. Ein Motiv der Suche nach Kohärenz durchziehe alle Narrationen; Freud habe bemerkt, dass die Erzählungen seiner Patienten mehr Wissen über ihre Schwierigkeiten enthalte als ihnen bewusst sei. Freud zog bekanntlich zwei Konsequenzen:

- er entwickelte sich zu einem der großen Zuhörer und entwarf damit ein Modell professioneller Praxis, das dem modernen Ziel der Standardisierung von Interventionen genau entgegenläuft. Wer zuhört, vernimmt ein Wissen, das der andere ihm bringt; wer interveniert, will umgekehrt sein Wissen implantieren. Deshalb können Manuale formulieren, was ein Therapeut *tun* soll, nie jedoch können sie planen, was er zu *hören* bekommt. Die Idee der Intervention ist zutiefst einem medizinischen Modell verpflichtet, dessen Wurzeln bis ins 19. Jahrhundert reichen: „The medical model of the 19th century placed the expert knowledge about a disease on a level with the story of the origin, development and treatment of the unique individual’s illness“, orientiert uns Werbart.
- Die andere Konsequenz war, dass Freud eine paradoxe Theorie des Hörens entwickelte. Berühmt ist sein Satz, dass ein Träumer wisse, was sein Traum bedeute, dass er aber nicht wisse, dass er das wisse. Deshalb können Patienten auch nicht von etwas überzeugt werden, wenn es nicht auf eine innerlich vorbereitete Resonanz trifft. Daß dies auch für Analytiker selbst gilt, fügt Werbart nebenbei an: „...analysts do not change their theoretical model according to the canons of science, but rather according to changes in their private theories“ (S. 1443)

In der analytischen Situation treffen, so könnte man dann sagen, die Besitzer verschiedener Privattheorien aufeinander; es war wiederum Sandler, der uns vor Jahren schon zeigte, daß die kleinen Privattheorien weitaus einflussreicher unser therapeutisches Handeln bestimmen als es die lautstark vorgetragenen offiziellen Theorieanhänglichkeiten tun. Aus diesem Dilemma, so zeigt uns Werbart an Freuds Fallbeispielen anschaulich, resultiert nun auch in der klinischen Praxis ein Konflikt zwischen Wahrnehmung solcher privaten Bedeutungskonstruktion und der Überzeugung von naturwissenschaftlichen Gesetzmäßigkeiten, die hier zum Ausdruck kämen. Wer auch immer einen Traum deutet, begegnet diesem Konflikt, den Freud wohl am nachdrücklichsten bei seiner Analyse des Schreiber-Falles vorführte, den er bekanntlich nie sah. Die Bruchlinie, ob Psychoanalyse „Hermeneutik“ sei oder „Szientismus“ durchzieht die Debatte seit Jahrzehnten. Wer ausschließlich szientistisch arbeiten würde, so Werbart in seinen Schlussüberlegungen, könnte ja nicht mehr gut von sich sagen, dass er sich ausschließlich von der individuellen Subjektivität seines Patienten leiten liesse; wer sein Tun ausschließlich hermeneutisch verstünde, könnte nicht mehr angeben, was „das Psychoanalytische“ an seiner Behandlungsform sei und wie es von Unsinn oder Willkür unterschieden werden kann.

“Psychoanalysis as a science can be regarded as an effort to take the private theories and unconscious ideas of patients seriously at the same time as they are critically tested. This double ambition is specific for psychoanalysis but is also a source of pitfalls and of recurrent criticism. The close affinity between private theories of pathogenesis and cure and psychoanalytical theories makes psychoanalysis as a science particularly vulnerable”,

schreibt Werbart und versucht, die eigene Verwundbarkeit uns mildernd vor Augen zu führen. Ohne unabhängige Wissensbestätigungen und unabhängige Quellen der Evidenz verlieren wir unseren epistemischen Realismus und würden in eine opake Geheimwissenschaft zurückfallen mit dem unbeweisbaren Anspruch eines privilegierten

Offenbarungswissens. Das wäre gewiß so, die damit auch gezeigten Züge einer fragwürdigen religiösen Sektenhaftigkeit sind ja

auch von anderen deutlich und warnend schon gezeigt worden.

NEUE BRUCHRECHNUNGEN

Ob es freilich stimmt, dass die Psychoanalyse damit tatsächlich eine *einzigartige* Position unter den Wissenschaften einnimmt, wage ich zu bezweifeln.

Denn wenn man sich entscheiden würde, die psychotherapiewissenschaftliche Forschung von der professionellen Praxis zu unterscheiden, könnte man sehen, dass es viele andere Professionen mit vergleichbaren Bruchlinien gibt.

Man könnte sich, erstens, von einem hierarchischen Modell der *Überordnung* der Wissenschaft über der Profession lösen und beide nebeneinander stellen, um Kommunikation, Lernfähigkeit und gegenseitige Irritierbarkeit zu vergrößern. Denn dass das not tut, zeigen die hier besprochenen empirischen Befunde ja durchaus auch.

Leicht wäre es, zweitens, mit dieser Unterscheidung von Wissenschaft und Profession berufspolitisch zu fordern und zu begründen, dass professionelle Praktiker selbstverständlich wissenschaftlich *informiert* sein müssen (die Diskussion um die Befunde der Säuglingsforschung hat das beispielhaft gezeigt), und zugleich begründet abwehren, dass ihre Behandlungen empirisch *determiniert* werden sollen, wie es etwa das EST-Programm versucht. Gegen diese überzogene Ausrichtung hilft übrigens durchaus empirische Forschung. Denn man kann mit **Luborsky** und den Arbeiten aus seiner Gruppe zeigen, dass gute Therapeuten, die gute Behandlungsergebnisse erbringen, schlechter werden, wenn man sie nötigt nach einem empirisch begründeten Manual zu arbeiten (das für schlechte Therapeuten vergleichsweise bessere Ergebnis zu erbringen vermag).

Man könnte sich, drittens, öffnen für die Wahrnehmung anderer Professionen – Manager, spin doctors, Lehrer, Anwälte, Mediatoren etc. - und sehen, was sich von deren Umgang mit solchen Bruchlinien lernen lässt.

Man könnte, viertens, die schulischen Differenzen *innerhalb* der psychotherapeutischen Profession etwas mildern und auch hier gegenseitige Lernfähigkeit zu organisieren beginnen.

Man käme, fünftens, aus einer diskursiven Frontstellung zwischen Hermeneutik und Szientismus heraus, weil natürlich sofort klar wäre, dass nicht *hier* Szientismus und *dort* Hermeneutik operiert, sondern auch in der psychotherapiewissenschaftlichen Empirie jede Menge Hermeneutik zur Anwendung kommen muß (man denke nur an die Notwendigkeit, beim ZBKT Beziehungsepisoden einzuteilen - das ist doch durchaus Hermeneutik !) und dass in der therapeutischen Praxis gewisse Abläufe sich gesetzesartig oder wenigstens regelhaft beobachten lassen, durchaus. Daß aber Therapeuten dennoch private Theorien in den gehörten Geschichten vernehmen, schließt sich dann gar nicht mehr aus. Die Hermeneutik-Szientismus-Bruchlinie trennt gar nicht an der richtigen Stelle!

Man könnte, sechstens, den Kampf um die Vorherrschaft der einen oder anderen Wissenschaftsauffassung etwas rangniedriger hängen und sehen, dass in Wissenschaften wie Professionen ganz andere Dinge längst relevant geworden sind, die unsere berufspolitische Aufmerksamkeit fordern. Wir diskutieren zu gerne veraltete Themen.

Und man könnte, endlich, daran gehen, sich von dieser Vorderbühne der Auseinandersetzung unter Verbeugungen zu verabschieden, so wie man es tut, wenn das Stück zu Ende gekommen ist und sich der Hinterbühne zuwenden, wo das wirkliche Leben außerhalb des Theaters sich abspielt. Hier, in diesem intimeren Raum, wo geraucht wird und gelacht, getrunken und geschwätzt, wo private Theorien als Meinungen hart mit anderen Meinungen aufeinandertreffen, man aber trotzdem freundschaftliche Wärme genießen kann ebenso wie das Gefühl, gemeinsam älter zu

werden, gäbe es etwas zu erleben *und* zu studieren, was nicht anders als unter einem altmodischen Namen zu haben ist und dennoch den Kern unserer Profession trifft: Lebenskunst.

Dem widmet sich ein neues „Jahrbuch für Psychotherapie, Philosophie und Kultur – Psychologik“ (Karl Alber Verlag), zu dem neben namhaften Psychoanalytikern auch Vertreter anderer Schulen, aber auch Phänomenologen, Philosophen, praktische Ärzte beigetragen haben. Die Rolle der Kultur und der Kultivierung wird hier so gesehen, wie die Herausgeber notieren, dass auch Psychotherapie Antwortversuch des Menschen auf die ihm aufgegebenen Fragen ist – und wenn man sich klar macht, dass wir manche uns aufgegebenen Fragen noch nicht einmal so ganz klar artikulieren können, dann merken wir auch, wie weit wir von der Beantwortung trotz aller Forschungsmühen entfernt sind. Es könnte sein, dass auf diese Weise Wege zu alten verschütteten Schätzen wieder freigelegt werden können. Wege, die neu für uns sind, auf denen wir uns von anderen führen lassen müssen. Das wird es nicht leichter machen.

Über weitere empirische Herausforderungen mehr im nächsten PNL.