



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

PSYCHO-NEWS-LETTER NR. 49

EIN KLEINER LITERATURRUNDFLUG

Im Auftrag des Vorstands der DGPT

Verfasst von
Michael B. Buchholz

Email: buchholz.mbb@t-online.de

Mitte November 2006

DEN THERAPEUTISCHEN PROZESS BEFORSCHEN

Die epidemiologischen Daten der Krankenkassen haben wirklich Wasser auf unsere, auf die Mühlen aller Psychotherapeuten geleitet. Es gibt seelische Krankheiten in einem gesundheitspolitisch höchst relevanten Ausmaß. Das von unserer derzeitigen Vorsitzenden, **Anne Springer**, verantwortlich gestaltete und herausgegebene Heft 2/2006 des „Psychotherapeutenjournals“ enthält einen beachtlichen Beitrag von **Julia Lademann, Heike Meertesacker** und **Birte Gebhardt**, der die aktuellen Gesundheitsberichte verschiedener Krankenkassen zusammenfasst und bündelt. Der zentrale Befund lautet, dass zwar der Krankenstand insgesamt in Deutschland – gewiß wegen der Angst vor Arbeitslosigkeit – zurückgeht, aber die *Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen* dennoch steigt! Das ist den Berichten von DAK, AOK, BARMER, TK und einzelnen Betriebskrankenkassen eindeutig zu entnehmen. 10% der jährlichen Gesamtausgaben für Gesundheit, nämlich 22,4 von über 224 Milliarden Euro weist das Statistische Gesundheitsamt im Jahre 2002 als „direkte Kosten für die Behandlung psychischer und Verhaltensstörungen“ (S. 123) aus – nicht wenig Bedeutung, nicht wenig Verantwortung wird der Psychotherapeutenzunft da zugewiesen, auch wenn hier die Kosten für Psychopharmaka wohl mit eingerechnet sind. Zugleich mit wachsender Notwendigkeit wächst der Druck. Sehen wir ein paar Daten im Einzelnen an. Ich fasse aus dem Beitrag ein paar Befunde in Gestalt von (zitierten) Merksätzen zusammen und übergehe die bei den Autorinnen geführte Diskussion über die Aussagekraft der Daten, die sie generell als gegeben ansehen, auch wenn es zwischen

den einzelnen Kassen zwar graduelle Unterschiede, nicht aber solche der allgemeinen Tendenz gibt:

1. „Psychische Erkrankungen sind damit je nach Kassenart an die dritte bis fünfte Stelle aller Ursachen für Arbeitsunfähigkeit in Deutschland vorgerückt“ (S. 123)
2. Affektive und neurotische Störungen dominieren
3. Männer sind „von einer etwas höheren Erkrankungsdauer betroffen und im Schnitt mit 30 Tagen pro Fall etwa zwei Tage länger krankgeschrieben als Frauen“. (S. 125)
4. Vor allem „Menschen im mittleren Lebensalter“ sind betroffen
5. Im Baugewerbe ist der Anteil von Krankheitstagen wegen seelischer Störungen bei etwa 4-5%, bei Banken und Versicherungen doppelt so hoch bei 10-11%.

Auch zu den therapeutischen Maßnahmen gibt es Daten:

1. „Seit 1990 hat es eine Steigerung der stationären Behandlungstage aufgrund psychischer Erkrankungen von 8,4% auf 15,7% gegeben“ (S. 126)
2. „Neben einer Zunahme des Krankenstandes aufgrund psychischer Störungen zeigt sich auch ein Anstieg entsprechender Arzneimittelverordnungen.“
3. In einer europäischen Studie sind „die häufigsten Störungsbilder Angststörungen, Depressionen, somatoforme und Abhängigkeitsstörungen.“ (S. 126)
4. Geschätzt wird für Deutschland aber von den Autoren, dass nur 36% der Bedürftigen eine professionelle Intervention erhalten, in der gesamten EU nur 26%. „Am häufigsten erhalten Betroffene ausschließlich eine medikamentöse Behandlung ohne Psychotherapie“ (S.126)

Irritierend, wenn auch methodisch korrekt ist der Hinweis der Autoren: „Für Deutschland liegen bislang keine repräsentativen Langzeitstudien vor, die eine tatsächliche Zunahme psychischer Störungen belegen könnten, und auch in zum Vergleich herangezogenen Untersuchungen aus dem europäischen Ausland finden sich dafür keine Belege“ (S. 127) So muß man korrekterweise argumentieren, weil natürlich die Frage aufgeworfen wird und derzeit nicht beantwortet werden kann, ob der statistische Zuwachs auf erhöhte Aufmerksamkeit etwa wegen verbesserter diagnostischer Instrumente zustande gekommen ist und insofern vielleicht ein Artefakt darstellt. Auch sind heute sowohl Ärzte wie Betroffene eher bereit, eine seelische Erkrankungen als solche zu erkennen und auch zu diagnostizieren. Trotzdem bleibt das *Hauptproblem*, dass „Hausärzte nicht rechtzeitig an die zuständigen Spezialisten überweisen“ (S. 128). Das gilt mit Nachdruck für die häufigsten Störungen, nämlich Angst und Depression. Hier werden zu viele Kosten durch Pillen verursacht und Patienten zu lange pharmakologisch behandelt, wenn psychotherapeutische Interventionen längst schon hätten hilfreich sein können.

Dass also ein bisschen Beschäftigung mit den Zahlen Not tut, dürfte hinreichend klar sein. Die offene Frage ist nach wie vor, *wie* eigentlich kann der psychotherapeutisch-psychoanalytische Prozeß studiert werden? Daß angesichts solcher Zahlen immer noch Grundsatzfragen diskutiert werden, nämlich ob Forschung zum Prozeß überhaupt???, ob sie überhaupt *möglich*???, ob sie überhaupt *sinnvoll*???, ob sie nicht *vielmehr schädlich*???, sei, sollten wir als Symptom unserer Profession zu dechiffrieren lernen. Schädlich würde Forschung ja nur unter beschreibbaren Umständen, etwa dann, wenn sie beginnen wollte, die therapeutische Profession unter eine Fuchtel zu nehmen, die ihr die Luft abdrückt. Viele sehen das mittlerweile im Fall der Manualisierungen gegeben und es gibt gute Gründe, die dafür sprechen. Die Notwendigkeit von Forschung wird kontrovers diskutiert.

GRUNDSATZDEBATTEN

Das Augustheft des Int.J.PsA. (4/2006) wird mit einem Beitrag von **Otto Kernberg** „The pressing need to increase research in and on psychoanalysis“ eröffnet. Er bietet ein breites Verständnis von Forschung an, das historische Studien, klinische Untersuchungen, naturalistische und empirische Designs einschließt. Und dann seine Warnung:

“Without an ongoing exploration of the efficacy of psychoanalysis and derivative treatments, we run the risk of being discarded by the mental health delivery systems” (S. 919)

Im Zusammenhang mit den Debatten um die Säuglingsforschung schlägt sich Kernberg deutlich auf die Seite der empirischen Beobachtung, die unser Wissen wesentlich erweitert habe und manche falschen Annahmen, wie etwa das Konzept eines primären Autismus schlicht und einfach als falsch erwiesen habe.

Wie kann aber beobachtbares Verhalten zur psychoanalytischen Beobachtungsebene ins Verhältnis gesetzt werden? Wie kann psychoanalytisches Wissen für die Behandlung abgeleiteter psychoanalytischer Verfahren angewendet oder eingesetzt werden?

“The relative lack of concerted efforts by the psychoanalytic community to develop systematic studies of objective evidence of the efficacy of psychoanalytic psychotherapies has left the field to the cognitive-behavior therapists, who have been enthusiastically willing and prepared to carry out empirical research on their modalities of treatment, and are increasingly challenging psychoanalytically inspired psychotherapies everywhere. It is true that this latter development corresponds in part to financial pressures from Managed Care which privileges short-term treatments, and to cultural dispositions toward empirical research that dominate in the Northern Hemisphere, particularly the Anglo-Saxon and Nordic countries, in contrast to an openness to a more philosophically inspired, subjectivistically focused attitude in Latin countries. The problem, however, is universal and increasing.” (S. 921)

Unter Hinweis auf die auch in meinen PNL schon vielfach besprochenen Studien von **Leuzinger-Bohleber** oder **Sandell** oder

Luborsky oder **Kächele** und von vielen anderen will Kernberg aber gerade den Nachweis nicht nur der Wirksamkeit von Psychoanalysen ermittelt sehen, sondern sieht in ihnen auch die Bemühungen um einen Vergleich zwischen Psychotherapie und Psychoanalyse dokumentiert. Die Kritik, manche psychoanalytischen Konzepte seien recht flach operationalisiert worden oder „the findings of these projects were often deemed superficial or trivial“ (S. 921) will Kernberg durchaus respektieren, um dann zu einer eigenen, kurz berichteten Studie überzugehen. Hier wurden 90 Borderline-Patienten verteilt auf eine Behandlung mit manualisierter CBT, mit einer manualisierten supportiven Psychotherapie und mit „transference focused Psychotherapy“ (TFP). Es gab eine wesentliche Verbesserung des „reflective functioning“ unter der TFP-Bedingung, worin Kernberg einen theoretischen Beitrag zum Verständnis der Wirkungen einer Deutung sieht. Klar ist für ihn, dass klinische und theoretische Beiträge sich in der Psychoanalyse schneller entwickelt haben als die empirische Forschung, die aber im großen und ganzen psychoanalytische Positionen unterstützt hätten; erstaunlich bleibe, dass die „psychoanalytic community itself has maintained a ‚safe‘ distance from these findings“ (S. 923), was vielleicht eine geschickte und diplomatische Formel für manche Ignoranz ist, die Kernberg an anderen Stellen durchaus auch deutlicher schon gegeißelt hat.

Getan werden müsse mehrerlei:

1. Eine Anbindung bzw. Wiederanbindung der Psychoanalyse an die Universitäten ist mit Vorrang zu betreiben;
2. Innerhalb der Ausbildungsgänge sollte Ansehen und Prestige keineswegs nur vom Erreichen des Lehranalytikerstatus abhängen, sondern von genuinen Forschungsleistungen, für welche die Institute Forschungsabteilungen einrichten sollten;
3. Forschung sollte nicht nur von der einzelnen Behandlungssituation aus starten, sondern die entwickelten Methoden der Prozessforschung nutzen

4. Etwa 1-3% der Psychoanalytiker sollten richtige Forscher werden, dazu ausgebildet werden und davon was verstehen, um international mitreden zu können. Daß die Arbeit von **Fonagy** („open door review“ 1992), von der IPA publiziert, kein Standard in den Ausbildungsprogrammen sei, betrachtet Kernberg als Symptom der beschriebenen „painful ignorance“ (S. 924);

5. Und schließlich: nicht nur Neurowissenschaftler, sondern auch Sozialwissenschaftler sollten auf die gleichen Phänomene schauen, um die Konfrontation verschiedener methodologischer Standpunkte besser konzeptuell nutzen zu können.

Auf diesen Beitrag antwortet nun im gleichen Heft (4/2006) des Int. J. PsA. **Roger Perron** mit der Titelfrage: „How to do research?“ Er stellt fest, man könne zwischen Forschung über „efficacy“ und „process“ unterscheiden, aber seine grundlegend ansetzende Frage lautet:

“In other words, on what epistemological grounds can we define our aims and our methods without renouncing psychoanalysis itself?” (S.926)

Doch, man darf genau lesen: würde der Satzteil ab dem Wort „without“ fehlen, wäre das eine sinnvoll beantwortbare Frage; mit diesem angehängten Satzteil artikuliert sich hier freilich die alles zermalmende Angst, die Psychoanalyse könne „verraten“ werden. Ach, wenn wir doch nur wüssten, was „psychoanalysis itself“ ist! Nein, wenn wir doch nur *sagen* könnten, was „psychoanalysis itself“ ist. Das *Sagen*, das Theoretisieren ist das schwierige. Hier prallen die theoretischen Köpfe aufeinander. Zurecht kritisiert Perron die „evidence based medicine“-Analogie als unpassend oder ebenso die Schemata von DSM III – IV, die eine Homogenität der diagnostischen Klassen unterstellen, die *naturaliter* nie gegeben ist. Natürlich hat er Recht, wenn er schreibt, hier handele es sich nur um eine „illusion of measure“ (S. 928), weil ja tatsächlich nichts „gemessen“ wird, denn trotz all solcher Vereinheitlichungsversuche ist die Homogenität einer Stichprobe, auf der „Depression“ beispielsweise draufsteht, immer zweifelhaft. So hatte es auch schon **Drew Westen et al.** (2004) formuliert, des-

sen grundstürzende Kritik an den Paradigmen der empirischen Forschung ich hier in einem früheren PNL schon wiedergegeben habe. Auch die Annahme einer Homogenität „der“ Behandlung ist eine Illusion; dies Argument hatte zuletzt in subtiler Weise **Siegfried Zepf** (siehe den PNL vom März d.J.) ausgewiesen. Ob mein Nachbar „dieselbe“ Psychoanalyse macht wie ich, auch wenn er „das Gleiche“ auf seinem Praxisschild draufsteht hat? Und dieselbe skeptische Frage darf man wohl an die Verhaltenstherapie und alle anderen Schulen richten. Aber Perron übersieht, dass dies Argument selbst innerhalb der empirischen Forschungsgruppe längst als „Einheitsmythos“ seit den Texten von **Kiesler (1965)** bekannt ist. Perron stimmt Kernberg zu, dass wir dringend „fundamental research studies using other procedures“ brauchen (S. 929), aber welche? Hier wird der Beitrag nun interessant.

“Several models are possible: the taxonomic model of botany, zoology and medical nosography; that of the history of historians and prehistorians; that of linguistics; that of this or that variety of psychology (differential, comparative of groups, developmental, clinical, etc.); that, naturally preferred by Freud, of biology, etc. But the model that is most often referred to, implicitly or explicitly, by many of those who invite us to ‘do research’ is the model of the exact sciences, more precisely, of physics and chemistry ... and still more precisely in their ‘prequantum mechanics’ version” (S. 930)

Das spricht an, weil Perron hier indirekt auf die Unterscheidung zwischen klassischer Physik und Quantenphysik anspielt, die in der Tat erhebliche Wandlungen des Menschenbildes nach sich zieht. Ich darf hier vielleicht darauf verweisen, dass in dem von **Buchholz/Gödde** herausgegebenen Band II des insgesamt dreibändigen Projekts „Das Unbewusste“ (2004-2006, Psychosozial-Verlag) Beiträge von Kundigen, auch von renommierten Physikern, zum Thema einer „Psychoanalyse auf Quantenniveau“, wenn man anspruchsvoll formulieren wollte, enthalten sind. Perron sieht hier ähnliches, deutet aber leider nur an. Er geht im weiteren dazu über, dass gerade die empirische Forderung nach Wie-

derholbarkeit einer Messung schon bei den Paläontologen, Ägyptologen oder bei anderen nicht erfüllt werden könne.

“What counts is the structuring of the event by thought; no doubt, confirmation through new observations is needed, but very often it does not have to involve identical events: it suffices that they fit in coherently with the whole. Thus, the psychoanalyst should not become demoralized if he is reproached for only dealing with ‘unrepeatable’ events.”

Auch stimmt wohl, dass es Phänomene gibt, die determiniert, aber unvorhersehbar sind. Doch was besagt dies richtige Argument von der Flüchtigkeit des seelischen Geschehens eigentlich für die in Rede stehende Diskussion? Seelisches Geschehen ist flüchtig – soweit ok. Aber wir wollen doch für etwas bezahlt werden, was nicht flüchtig ist, sondern Bestand haben soll und außerdem von uns und unserem Können bewirkt. Hier gelten ganz andere Argumentationsrahmungen, die in dieser Diskussion seltsamerweise immer bis zur Unkommunizierbarkeit verschoben werden.

Eine ähnliche Verschiebung sehe ich auch bei Perrons weiteren Überlegungen. Er beschreibt nämlich im folgenden die Psychoanalyse als eine „general theory“, von der es nicht wichtig sei, ob sie wahr oder falsch sei, sondern nützlich.

“As it is a general theory, there is no sense in declaring that it is ‘true’ or ‘false’: what can, and must, be discussed is its usefulness. The argumentation concerns its capacity to integrate facts in a coherent way: the more it integrates facts, and the more it does so in a coherent way, the better it is. If two theories hang in the balance, it is obviously always in these terms that scientists discuss them.” (S. 931)

Man könne also nur zeigen, daß Psychoanalyse “useful” sei. Das Unbewusste sei das zentrale integrierende, Kohärenz erzeugende Konzept, ohne welches viele klinische Tatsachen nicht verstanden werden könnten. Wenn einer so etwas über die Nützlichkeit der Psychoanalyse feststellt, warum sich dann gegen ihre Beforschung wenden? Aber dann fragt er, in meinen Augen merkwürdig inkohärent, weiter:

“Furthermore, must we *demonstrate* that we are working on realities and that what we are doing is useful, or more simply *show* it? Must everything be demonstrated? Is it necessary, in order to continue teaching history in primary schools, to give an idea of classical literature, to attract the child’s attention to civic values, to demonstrate that these teachings are ‘effective’?” (S. 931)

Wer so demonstrativ fragt, möchte natürlich als Antwort ein „Nein“ hören, aber die richtige Antwort ist natürlich „Ja“, worauf denn auch Kernberg in seiner Erwiderung besteht. Doch, wir müssen demonstrieren, dass das, was wir tun, nützlich ist, denn wir wollen es bezahlt bekommen und erhalten Geld dafür – und Nützlichkeit entspricht Perrons eigenen Maßstäben. Und, um seinen Vergleich in einer erweiternden Weise aufzugreifen: wenn es nicht um klassische Literatur oder zivile Werte ginge, sondern, sagen wir, um falsche Lehren aus der biblischen Genesis im schulischen Biologie-Unterricht – wollen wir dann wirklich keine empirisch begründeten Überlegungen dazu anstellen, was richtig und was falsch ist? Sieht Perron nicht die Gefahren, die drohen, wenn wir solche Fragen und ihre Antworten als beliebig ausweisen würden? Könnten wir Schulen für den Fundamentalismus des amerikanischen „bible belt“ öffnen und zulassen, dass moderne Evolutionslehre verdrängt wird? Nein, wir wollen doch gewiß beides haben: das eine als wissenschaftliche Lehre, das andere als symbolisches Instrumentarium einer Bildungsgeschichte der vieltausendjährigen Versuche des Menschen, sich selbst zu verstehen. Aber wir würden nicht wollen, dass das eine mit dem anderen verwechselt würde. Jeder Bezugsrahmen gehört an seinen Platz; sie zu verschieben ist ein Beitrag zur Verwirrung der Debatte.

Davon unbenommen freilich ist der Hinweis auf die Quantenphysik; hier gäbe es in der Tat viele Anschlüsse zu suchen und zu versuchen, aber das ist ein ganz eigenes Kapitel, das ich gerne in kompetentere Hände als meine eigenen übergeben würde. Aber interessante Anregungen dazu kann man durchaus einmal am angegebenen Orte nachlesen.

Im „Forum der Psychoanalyse“ (3/2006) polemisiert **Tilo Naatz** frisch und erfrischend gegen die Verschrobenheiten des Kleinianismus und kann wirklich schrullige Behauptungen aus der kleinianischen Literatur zitieren, für deren Richtigkeit jeglicher Beleg vermisst werden muß und wohl auch nie erbracht werden kann. Was kleine und kleinste Kinder angeblich nicht alles schon phantasieren – wirklich, man fragt sich, wer da phantasiert. Gegen solches „Brimborium“, wie der Autor beherzt ausspricht, fordert er unter Rückgriff auf **Freud** an einem korrespondenztheoretischen Wahrheitsbegriff festzuhalten: die Aussagen der Theorie müssen mit der Wirklichkeit korrespondieren und dieser Bezug muß prüfbar sein. Seine Seitenhiebe gegen die „Tiefenhermeneutik“ von **Alfred Lorenzer** haben Berechtigung darin, als dessen Nachfolger es tatsächlich bislang versäumt haben, wirkliche Hermeneutik zu betreiben; im wesentlichen wird die methodische Brille von vielen gelehrten Nasen genommen und geputzt, sie aber nicht zum Gucken auf die Nase drauf gesetzt. Wirkliche Textanalysen sind selten. Aber auch Naatz kann nicht anders, als seine eigene Sicht der therapeutischen Praxis als Best-Beispiel vorzuführen und muß dann formulieren:

“Nach meiner Erfahrung mit meinen Analysanden halte ich...”

und dann bringt er *seine* klinische Expertise gegen die Anderer in Stellung – vom geforderten empirischen Beweis, vielleicht sogar von Beweisbarkeit bleibt er so selbst weit entfernt. Es bleibt dann immer der Rückgriff auf die „Erfahrung“. Warum sich dann aber so vehement polemisch zuvor dagegen wenden, wenn Andere andere Erfahrungen machen oder haben? Mit solcher Argumentation wird man nur selbst Kombattant in den Methodenschlachten um den wissenschaftlichen Status, während man gleichzeitig immer die höherrangige Position für die eigene wissenschaftliche Methode fordert. Der Beweis dafür wird sogleich im gleichen Heft erbracht. Im Beitrag von **Gisela Berg-**

mann-Mausfeld findet sich die Behauptung:

“Die Intuitionen v.a. der Kleinianer (u.a. Melanie Klein, Donald Meltzer, Ronald Britton, Herbert A. Rosenfeld, John Steiner) zu diesen intrapsychischen Vorgängen stimmen in beeindruckender Weise mit neueren Forschungsergebnissen überein“ (S. 252)

Nun, das ist so ziemlich das genaue Gegenteil von dem, was Naatz behaupten würde, auch wenn diese Autorin nun recht informiert über Mentalisierung und *theory-of-mind*-Forschung berichtet. Während Naatz den Kleinianern geradezu Mangel an empirischer Fundierung vorwirft, sieht Bergmann-Mausfeld die kleinianischen Positionen empirisch gestützt oder doch stützungsfähig. Jeder stößt in das Horn, das am vertrauesten tönt.

Doch könnte die Lösung in etwas liegen, was Naatz als eine Überschrift formuliert: „**Empirische Wissenschaft muß nicht experimentelle Wissenschaft sein**“ (S. 294) und darin kann man ihm sofort wieder zustimmen. Was aber ist die Empirie in allen Spielarten der Psychotherapie? Die Antwort kann m.E. nur lauten: das relationale Geschehen, die Beziehung, der Austausch, das gesprochene Wort und die gegenseitigen Beobachtungen aneinander (und was daraus richtig oder fälschlich geschlossen wird). Eine Autorin, **Elaine Chaika**, Linguistin und seit vielen Jahren sorgfältig mit der Untersuchung schizophrener Sprechens befasst, formuliert gegen Ende eines schönen Buches („Linguistics, Pragmatics and Psychotherapy – A Guide for Therapists“, 2000) die Forderung:

“It is my position that effective therapy not only has to understand language and how it is used, but also, given the ephemeral nature of the spoken linguistic message, a record must be made of the interviews, to really analyse a client’s narratives as well as the efficacy of the therapist’s responses, interviews are best taped recorded and then listened to from time to time as therapy is progressing. I realize that most therapists literally don’t have time to do a full-blown linguistic analysis of every session or even of one, but

simply listening, in and of itself, will cause certain remarks or patterns to jump out at the therapist.” (S. 170)

Stellen wir uns nur einmal vor, die Differenz zwischen Bergmann-Mausfeld und Naatz hinsichtlich der Kleinianischen Auffassungen könnte am Beispiel solchen Hörens eines Originalbandes oder gar eines Transkripts davon geklärt werden! Allein schon die Vorstellung macht klar, dass hier offensichtlich theoretische Glaubenskämpfe weit oberhalb, also „abgehoben“ über jeder professionellen Gesprächs empirie betrieben werden und deshalb so unterschiedliche Auffassungen über die Übereinstimmung des Kleinianismus mit empirischen Befunden formuliert werden müssen. Man entfernt sich meilenweit von dem, was doch empirisch teilbar und mitteilbar wäre, nämlich das therapeutische Gespräch. Dann geht es nicht mehr um die Experiment-Analogie, sondern um die genaue Beobachtung dessen, was wir alle täglich tun.

Schließlich hatte auch schon Freud festgestellt, dass der Astronomie das Experimentieren mit den Gestirnen schwer fallen dürfte. Nun braucht man eigentlich nur noch anzufügen, dass empirische Wissenschaft

auch nicht nur Fragebogenvergabe sein muß und dann ist man einen Schritt weiter. Es könnte doch sinnvoll werden, die eigene Praxis, die eigene Erfahrung zu beforschen – und damit will ich sagen, dass man sie nicht immer gleich in hoher theoretischer Verdichtung vortragen (und dann kämpferisch verteidigen) muß, sondern dass man sie erst einmal präsentieren und der Diskussion öffnen kann.

Dafür gibt es gute Beispiele.

Gehen wir die Frage, ob psychoanalytische Forschung in der erforderlichen Subtilität möglich ist, einmal empirisch an und schauen in verschiedene Zeitschriften, ob sie gemacht wird. Dann entdecken wir interessante Beiträge, deren methodischen Status man durchaus diskutieren kann. Doch wird es, wenn solche Studien einmal vorliegen, schwer, die Behauptung aufrecht zu erhalten, die Subtilität der psychoanalytischen Methode und die Flüchtigkeit des Seelischen insgesamt entzögen sich einer empirischen Beforschung. Unter diesem Begriff muß man ja nicht die Grobheiten vieler Fragebogenverabreichungen verstehen, nein, die Empirie unserer Profession läßt sich feinkörnig nachvollziehen.

ZUR EMPIRIE DER TRAUMERZÄHLUNG

Ein empirisches Beispiel dafür ist der Bericht von **Franz Zimmermann, Jürgen Vogel-Kircher, Irmela Tolk, Agnes Schneider-Lehmann, Dierk Poepfert** und **Gaby Gardner** im Märzheft des „Forum der Psychoanalyse“ (1/2006), der sich damit befasst, wenn ein Analysand von seinem Analytiker träumt. Es war wohl v.a. **Robert Langs**, der mit Nachdruck immer wieder zu zeigen versucht hat, dass Patienten in verschiedenen Anspielungen auf Verletzungen des Rahmens durch den Analytiker reagieren. Kommt er einmal zu spät, sprechen sie in der nächsten Sitzung vielleicht davon, wie unangenehm es ihnen war, selbst einmal zu spät gekommen zu sein und fordern so eine Stellungnahme heraus. Verlängert oder verkürzt der Analytiker die Sitzung, kann es sein, dass der Analysand die nächste Sitzung

mit einem verdeckten, einem „derivativen Kommentar“ dazu beginnt, wie Langs das nannte. Es kann nun auch sein, dass Patienten auf solche subtilen Rahmenverletzungen mit Träumen reagieren, die man mit **David Livingstone Smith** in seinem Buchtitel (1991) als „Hidden Conversations“ auffassen könnte.

Rahmenirritationen sind also nicht dasselbe wie Trennungen am Wochenende, die voraussehbar und geplant sind, sondern plötzlich abgesagte Stunden, das Zuspätkommen der Analytikerin zur Sitzung, ungewohntes Wartenlassen o.ä.

Die Autoren des Forum-Beitrages unterscheiden nun Sitzungs- und Übertragungsträume. In beiden erscheint der Analytiker unverstellt als reale und erkannte Person. In

den Sitzungsträumen (ST) ist die Traumszene

„immer Teil der analytischen Situation, sei es, dass er [der Analytiker] im Behandlungsraum anwesend oder als Abwesender anwesend ist, indem er sich z.B. in einem Nebenzimmer befindet. Kennzeichnend für die ST ist ferner, dass in ihnen der Analytiker in seinem Verhalten oder Aussehen verändert ist und/oder die analytische Situation mehr oder weniger umgestaltet ist, sei es, dass sich noch weitere Personen im Raum befinden oder in ihn eindringen, sei es, dass die Grenzen des Raumes durchlässig sein können, oder dass das Mobiliar verändert ist, ferner dass der Analytiker nicht an seinem gewohnten Platz ist, sich z.B. im Zimmer befindet oder selbst, allein oder mit dem Analysanden, auf der Couch liegt etc.“ (S. 45)

In den Übertragungsträumen (ÜT) taucht der Analytiker ebenfalls „unverstellt“ (S. 44) auf, aber der Ort ist verändert; der Analysand begegnet ihm auf einer Party o. dgl.

Die untersuchte Frage lautet nun, ob und wie ST und ÜT mit einer Rahmenirritation zusammenhängen? Genauer lautet die Hypothese, dass ÜT und ST eine Rahmenirritation vorausgeht, nicht aber, dass jede Rahmenirritation (RI) einen entsprechenden Traum auslöst. Als Untersuchungsmaterial wurden 30 beendete, durch handschriftliche Aufzeichnungen dokumentierte analytische Psychotherapien gewählt, die mit zwei und drei Sitzungen pro Woche von 4 weiblichen und 3 männlichen Analytikern bei einer Gesamtlänge von bis zu 300 Sitzungen durchgeführt worden waren. Das handschriftliche Material wurde anhand eines Auswertungsmanuals gesichtet, statistisch aufbereitet nach Geschlecht, Art der Therapiephase (RI oder non-RI), Sitzungsfrequenz. Die in der jeweils untersuchten Sitzung erreichte Zahl der Behandlungsstunden kam noch hinzu.

Die *Ergebnisse* sind bemerkenswert:

- In RI-Phasen (etwa 3 Sitzungen nach der Rahmenirritation) kommt es 3,1-mal so oft zu ST pro Therapiesitzung wie in non-RI-Phasen.
- Ein Unterschied in der diesbezüglichen Traumproduktion zwischen 2- und 3-stündigen Behandlungen konnte nicht bestätigt werden.

- Frauen träumen 2-3 mal so viele ST wie Männer (schwach signifikant).

Diskutiert wird nun die unbewusste Bedeutung des Rahmens und angenommen, dass es eine gesonderte „Übertragung auf den Rahmen“ gebe, die als Ursprungssymbiose bezeichnet wird. Ein ST ist dann eine „unbewusste Antwort auf Störungen des Phantasmas einer symbiotischen Einheit durch die RI, die im Einzelfall auch zum Agieren und zu einem Symptomrückfall führen können“ (S. 50).

Die Unterscheidung zwischen ST und ÜT bewährt sich, wenn man die schwierige Frage beantworten will, ob jene Träume mit einem unverstellten Analytiker Folge eines präödiptalen Konflikts des Analysanden oder eher Ausdruck von behandlungstechnischen Schwierigkeiten, evtl. aus einer unverstandenen Gegenübertragung heraus, sind. Die weitere Untersuchung zeigt, dass diese Frage für die ÜT nicht beantwortet werden kann, weil in RI-Phasen etwas mehr ÜT auftauchen als in non-RI-Phasen, doch ist der Unterschied nicht signifikant. Für ST jedoch scheint ein solcher Zusammenhang eher gegeben.

“Dies könnte auch als deutlicher Hinweis dafür verstanden werden, dass ST und begrenzt auch ÜT sensible Indikatoren für RI sind“ (S. 52)

Ein Zusammenhang mit den Diagnosen besteht in keinem Fall, also handelt es sich um ein echtes unbewusstes Interaktions- bzw. Kooperationsphänomen; die Rahmenirritation, so stimmen die Autoren anderen klinischen Beiträgen zu, empfindet der Patient als eine „Katastrophe“, weil seine imaginäre Welt damit empfindlich gestört wird. Der Traum sei als ein Versuch aufzufassen, den so geschaffenen Zustand einer seelischen Aufregung zu beruhigen, zu kontrollieren oder sich sonst wie verständlich zu machen. Der Traum (ST und ÜT) ist eine klare Antwort auf einen Tagesrest, der während der Sitzung erzeugt und hier als RI codiert wurde. Dieser Zusammenhang ist robust genug, um nicht durch angenommene Unterschiede der „Regressionstiefe“ in zwei oder dreistündigen Behandlungen erklärt werden zu können.

In zwei zusammenfassenden Fallberichten zeigen die Autoren klinisch, wie sich die ST von Patienten im Behandlungsverlauf verändern. Die Handhabung des Rahmens, die sorgfältige Beachtung von RIs und ihre deutende Verbindung mit ST (bzw. ÜT) erweist sich dann als ein wichtiges Instrument der Behandlungstechnik, weil der Rahmen „stummer Träger“ der sich an ihm artikulierenden Konflikte werden kann.

Obwohl man an einer solchen Untersuchung methodische Kritik üben kann – hätte man nicht besser Transkripte statt handschriftli-

cher Notizen nehmen sollen? – will mir scheinen, dass es sich um eine Untersuchung handelt, die einerseits die Empirie professioneller psychoanalytischer Praxis deutlich untersucht, andererseits mit subtilem Verständnis und unter Bezug auf die klinische Literatur und Erfahrung vorgeht und brauchbare, praxisnahe Befunde über den analytischen Prozess und Arbeitsmodus erbringt. Subtilität und Empirie also lassen sich durchaus verbinden.

Das zeigen auch die folgenden Arbeiten.

EMPIRIE EINER BESONDEREN PRAXIS- ERFAHRUNG

Das Februarheft des „International Journal of Psychoanalysis“ (2/2006) bringt einen Beitrag von **Jane G. Tillman** mit dem hochbrisanten Titel: „When a patient commits suicide: An empirical study of psychoanalytic clinicians“. Sie hat insgesamt 12 Analytikerinnen (7) und Analytiker (5) untersucht, von denen ein Patient oder eine Patientin sich während der Behandlung oder kurz danach das Leben nahm, die sie für die Studie auf dem Weg des „Hörensagens“ rekrutieren konnte. Sie waren teils noch in Ausbildung, teils langjährig erfahren; durchschnittlich knapp 10 Jahre. Der zeitliche Abstand der Interviews mit den Klinikern lag 6 Wochen bis 12 Jahre nach dem Tod von deren Patienten. Fünf der Patienten waren kürzer als ein Jahr in Behandlung, bei den anderen spannte sich die Behandlungszeit bis zu sechs Jahren. Die Interviews dauerten zwischen 25 und 120 Minuten. Die Interviews wurden transkribiert und von der Autorin mehrfach abgehört und außerdem von einem erfahrenen qualitativen Forscher codiert, dessen Name ungewöhnlicherweise nicht mitgeteilt wird. Ein Fallbeispiel des Interviews mit Dr. A. führt ins Thema ein. Die Codierung dann ergibt einige wesentliche Themen, über die die Interviewten sprachen. Sie umfassten traumatische Reaktionen mit Dissoziation, Vermeidung und somatischen Symptomatik; affektive Reaktionen mit Weinen, Wut und Kummer; behandlungsspezifische Verarbeitungen durch Vergegenwärtigung des

Vergegenwärtigung des Behandlungsverlaufs oder Kontaktaufnahme mit der Familie; Beziehungen mit Kollegen, v.a. dem Lehranalytiker oder Supervisor; die Bearbeitung der Angst vor juristischer Folgen wegen eines Behandlungsfehlers; Schwankungen des Selbstgefühls zwischen Grandiosität und schwerer Scham; ein Gefühl dauerhafter Krisenanfälligkeit und schließlich die Wirkung einer solchen Erfahrung auf die Arbeit mit anderen Patienten, anfänglich v.a. von der Angst einer Wiederholung geprägt, erst viel später von reiferen Verarbeitungen. Zentral scheint die therapeutische Grandiosität zu sein, die dazu führt, die deutlichen Schwierigkeiten mit solchen Patienten zu übersehen; die gruppenkonforme Selbstberuhigung, man habe ja Lehranalyse gemacht, scheint solche grandiosen Phantasien in schwieriger Weise eher zu unterstützen.

„The literature on therapeutic grandiosity is limited but complicated“ (S. 172)

stellt die Autorin wohl richtig fest und macht auf eine deutliche und gravierende Forschungslücke aufmerksam.

Ich erwähne diese Studie hier, weil sie mir überzeugend darin zu sein scheint, ein sehr schwieriges und weitgehend verschwiegenes Thema mutig anzugehen, weil mir die Schlussfolgerungen einleuchten und weil sie eine Methodologie benutzt, die zeigt, dass man durchaus größere Mengen an Fällen bewältigen kann auch dann, wenn man nicht

statistisch operiert, sondern qualitativ. Was die Autorin gegen Ende ihrer Erörterungen dazu schreibt, will mir als Anregung für qualitative Studien insgesamt einleuchten:

“In the current study, qualitative research methodology was selected in order to provide a descriptive account of the varieties of experience psychoanalytic clinicians have when a patient commits suicide” (S. 173)

Liesse man den *speziellen* Satzteil nach dem “when” weg, hätte man hier doch eine *allgemein* brauchbare Methode, um die “varieties of experience” unserer so verschiedenen klinischen Praxis gewissenhaft zu studieren.

Wir könnten unsere Erfahrungen, die ja manchmal auch sehr belastend sein können, studieren. Voraussetzung dafür scheint zu sein, dass die „Daten“ der Erfahrung möglichst nah am Original erhalten bleiben, *vor* aller theoretischen Bearbeitung. Das scheint in der Form des Transkripts (hier der geführten Interviews) noch am allerbesten möglich zu sein.

Dass dann daraus sogar statistisch aufbereitbare Studien über den Zusammenhang zwischen therapeutischem Prozeß und Behandlungsergebnis resultieren können, zeigt die nächste Studie.

EMPIRIE DES DURCHARBEITENS – DAS ASSIMILATIONSMODELL

Das Augustheft von „Psychotherapy Research“ (4/2006) widmet eine „special section“ dem Assimilationsmodell von **William B. Stiles**. Hier einen Blick hinein zu werfen ist schon deshalb interessant, weil man sich eine Anschauung davon erwerben kann, wie subtil das flüchtige seelische Geschehen doch durchaus mit Nutzen für das Verständnis des therapeutischen Geschehens untersucht werden kann, ohne dass dem seelischen Geschehen selbst Gewalt angetan oder „psychoanalysis itself“ verraten würden.

Stiles stellt in einem ersten Beitrag das Modell vor. Es geht darum, wie Menschen schwierige Ereignisse, Erfahrungen, Phantasien sich zugänglich machen (assimilieren) oder aber diese abwehren und sich davon distanzieren. Dazu wird angenommen, dass sich zwischen radikaler Verleugnung und integrierender Assimilation eine Entwicklungsreihe angeben lässt, deren Stufen („level“) die folgenden sind:

- **Stufe 0** (Verleugnung): Auf dieser Stufe des „warded off – dissociated“ findet sich ein Maximum an Verleugnung. Unangenehme Dinge werden einfach ignoriert und können sich allenfalls symptomatisch äußern.
- **Stufe 1** (Vermeidung): Unerwünschte Gedanken werden hin und wieder wahrgenommen, dann aber aktiv vermieden

- **Stufe 2** (Vage Bewusstheit): Hier beschreiben Patienten eine irgendwie problematische Erfahrung, ohne sie jedoch klar formulieren zu können. Sie empfinden Stress dabei und sind kaum in der Lage, darüber nachzudenken.
- **Stufe 3** (Problemformulierung): Ein Problem kann beschrieben und formuliert werden, der dabei erlebte Affekt ist aushaltbar ohne Panik
- **Stufe 4** (Verstehen und Einsicht): Die problematische Erfahrung wird nicht nur formuliert, sondern (biographisch bzw. kontextuell) verstanden, der Affekt wird mehr und mehr positiv
- **Stufe 5** (Durcharbeiten): Das erreichte Verstehen geht in ein Durcharbeiten über, noch aber ohne vollständigen Erfolg, der Affekt ist positiv und optimistisch
- **Stufe 6** (einfallsreiche, wendig-kreative Problemlösung): Eine Lösung des Problems bzw. der problematischen Situation wird erreicht
- **Stufe 7** (Integration und Bemeisterung): Die einmal erreichte Lösung wird auch in neuen Situationen ohne viel Nachdenken, eher als automatischer Teil des Repertoires genutzt.

Leicht kann man sehen, dass diese Stufung das enthält, was in der klinischen Praxis als „Durcharbeiten“ beschrieben wird. Kliniker

nutzen meist dafür nur dieses *eine* Wort; aber die Subtilität der empirischen Forscher dreht den Spieß in dieser Debatte nun um und zeigt, dass hier feinere Differenzierungen möglich sind. Als Kliniker erhoffen wir uns ja, dass unsere Patienten allmählich sich den problematischen Erfahrungen, Phantasien oder Gefühlen stellen und wir erwarten, dass von der dann folgenden Einsicht darein ein therapeutischer Erfolg zustande kommt – das ist der psychoanalytische Leitgedanke klinischen Alltags. In der Sprache des Modells ausgedrückt heißt das, dass mit dem Übergang von Stufe 3 zu 4 das geschieht, was Psychoanalytiker als „Einsicht“ bezeichnen.

“Insight and understanding are intimately linked with psychotherapy outcome assessed as symptom intensity reduction” (S. 390)

so formuliert Stiles diesen Gedanken und bleibt damit durchaus im psychoanalytischen Sprach- und Behandlungskonzept. Aber ist dieser Zusammenhang zwischen dem Prozessgeschehen wachsender Einsicht und symptomatischer Besserung jemals empirisch gezeigt worden?

Die folgende Studie von **Niels B. Detert**, **Susan Llewelyn**, **Gillian E. Hardy**, **Michael Barkham** und **William B. Stiles** in der „special section“ demonstriert diesen Zusammenhang auf die folgende Weise.

Untersucht wird eine extreme Kurztherapie, nämlich eine zweistündige Behandlung von Menschen mit einer milden Depression. Die Ausprägung der Depressionsschwere wird mit dem **Beck**’schen Depressions-Inventar (BDI) gemessen; Patienten mit einem Wert über 25 wurden in diese Studie nicht aufgenommen.

Zur Anwendung kommt auch der SCL-90 (Symptom-Check-List), ein Fragebogen mit 90 items, der zum Standard bei Outcome-Untersuchungen gehört. Diese Instrumente dienen der Messung des „Outcome“; sie kommen auch bei einer Katamnese-Sitzung drei Monate nach den beiden therapeutischen Sitzungen zur Anwendung (daher wird diese Studie als „2+1“-Design bezeichnet).

Mit diesen Instrumenten werden die Patienten auch schon *vor* der eigentlichen Behandlung untersucht, wobei sie dabei aus einem größeren Pool von Patienten, die sich an der Klinik gemeldet haben, ausgewählt werden und per Zufall einer psychodynamischen bzw. einer Kognitiven VT zugewiesen werden. In dieser Studie werden insgesamt nur 8 Patienten untersucht, nämlich vier gebesserte und vier mit „poor outcome“.

Das Untersuchungsziel wird so formuliert:

“We hypothesized that clients with good outcomes would have reached higher levels of assimilation than clients with poor outcomes”

Um nun den Prozeß selbst evaluieren zu können, wurden die beiden Sitzungen von den beiden Mit-Autoren Detert und Llewelyn transkribiert, zentrale Themen identifiziert und 10 Passagen pro Patient ausgewählt. Diese wurden von ratern dann geratet, welche Stufe im Assimilationsmodell hier erreicht sei. Die ratings waren leider suboptimal; ein rater schätzte einen Klienten völlig anders als die anderen rater ein. „After discussion“, wie es dann (S. 399) heißt, sah er ein, dass seine Einschätzung des erreichten levels „had been incorrectly rated“ und dann schließt er sich den ratings der anderen rater an. Trotz dieser offenherzig eingestandenen und fragwürdigen Diskussionsprozedur sind die Interrater-Korrelationen noch nicht befriedigend und erreichen ein wünschenswertes Ausmaß erst, als Niels B. Detert selbst in den Club der rater dazu kommt – was ebenso fragwürdig ist, weil er ja vorher die gesamten Stunden kannte, während die übrigen rater nur die Ausschnitte konnten. Die methodischen Konsequenzen werden in der Diskussion deutlich markiert:

“That said, it may be unrealistic to expect raters to form highly reliable judgments of a problem’s degree of assimilation based on transcribed passages presented out of context in random order. Our methodological desire to demonstrate reliability of ratings made with limited and tightly specified contextual information in this study may have conflicted with the pragmatic need to provide an adequate basis for such subtle clinical judgments.” (S. 404 f.)

Ich finde ein solches Eingeständnis deshalb höchst interessant, weil man sich leicht denken kann, dass es solche Probleme nicht nur in dieser Studie gibt; mit den ratings gibt es generelle Probleme, weil eben Ausschnitte evaluiert werden aus dem pragmatischen Bedürfnis (niemand will ganze Transkripte mehrerer Stunden lesen) heraus, ökonomisch verfahren zu können – aber der Bedeutungszusammenhang geht dabei verloren! Erst wenn ein rater ins Spiel kommt, der Kontext kennt und Äußerungen einordnen kann, also gewissermaßen ein Kliniker, können auch einzelne Abschnitte für sich evaluiert werden und dann macht die Evaluation Sinn. Und interessant ist das auch, weil hier innerhalb der Forschung auf solche Probleme, wie sie Perron in seiner Erwiderung auf Kernberg moniert, deutlich hingewiesen wird. Der pragmatische Wunsch, zu Zähl- und Messbarkeiten zu gelangen, verdrängt die Sinndimension.

Wird diese freilich wieder ins Spiel gebracht, kommen auch verständliche Ergebnisse zustande. Denn nun können die Prozeßratings mit den BDI- und SCL-90-Outcome-Werten verglichen werden und dann zeigt sich, dass ein guter Erfolg daran abgelesen werden kann, wenn Patienten wenigstens die Stufe 4 der „Einsicht“ erreicht haben. Das wird dann noch an kleineren Transkriptabschnitten demonstriert und damit insgesamt die psychoanalytische Einsicht in die Rolle der Einsicht methodisch etwas holprig, aber insgesamt doch erfreulich und subtil bestätigt.

Weitere Studien zum Assimilationsmodell schließen sich in der „special section“ an.

Es sind im wesentlichen wieder die gleichen Autoren, in etwas anderer Reihenfolge, die sich nun mit der Frage „What does the first exchange tell?“ beschäftigen. Hier werden also nun Transkriptausschnitte des Anfangs einer therapeutischen Erstbegegnung gewählt und diese mit einer „dialogical sequence analysis“ (DAS) evaluiert, ohne dass allerdings näher beschrieben würde, was das ist. Aber anhand der mitgeteilten Transkripte kann man sehr gut nachvollziehen, um was es dabei geht. Eine Patientin teilt als erstes mit, ihre Stimme sei „heute in bisschen

krächzend“ und der Therapeut, weil er nicht unhöflich sein möchte, wird von dieser Eröffnung gleichsam gezwungen, mit einer Nachfrage, ob die Patientin erkältet sei, zu reagieren. Daraufhin kann sie generös jede Besorgnis zurückweisen – und ein solches Muster der Zurückweisung mit Demonstration, dass sie schon selbst „caretaker“ und fähig zur Kontrolle sei, wiederholt sich in der Sitzung vielfach. Die Autoren nehmen nun an, dass es eine „Zone proximaler Distanz“ gebe. Damit ist gemeint, dass therapeutische Äußerungen, die sich auf zu hohe Levels im Assimilationsmodell beziehen, fruchtlos bleiben müssen, weil sie das Niveau verfehlen, auf dem der Patient sich befindet. Therapeutische Äußerungen müssen in der Zone proximaler Distanz gehalten bleiben, den Patienten gleichsam auf eine höhere Treppenstufe ziehen, aber nicht gleich verlangen, dass er mit einem Sprung zum nächsten Stockwerk gelangt. Wieder kann gezeigt werden, dass dort, wo das gelingt, sich auch der therapeutische Erfolg einstellt.

Eine Einzelfallstudie von **Isabel Caro Galdá** an einer Patientin mit *Morbus Menière* (körperlich begründeten schweren Schwindelanfällen aufgrund einer Schädigung des Innenohres) zeigt auch hier den Prozeß während einer längeren Behandlung, der freilich durchaus auch mit Rückschritten einhergeht, so dass eine Verlaufskurve eine Art „Sägezahnmuster“ ergibt: es geht auf und ab, aber insgesamt wird der Zustand der Patientin besser. Eine andere Patientin, von der gleichen Autorin in einem weiteren Beitrag untersucht, verfehlt die Stufe 4 („Einsicht“) im Assimilationsmodell; sie verlässt die Behandlung nach 5 Sitzungen und es kann gezeigt werden, dass die therapeutischen Äußerungen sich hier nicht an die Regel von der „Zone proximaler Distanz“ hielten. Auch hier also ein klarer Zusammenhang von interaktivem Prozeß und therapeutischem Ergebnis. Mir gefällt, dass wir hier einmal eine Studie zu sehen bekommen, die sich mit therapeutischen Fehlern beschäftigt und diese sogar in transkribierter Form vorlegt. Berichte über Behandlungsabbrüche sind in klinischer Literatur eine

absolute Rarität; in der Praxis freilich nicht und dieses kommunikative Beschweigen wird hier in der empirischen Literatur durchbrochen. Erfreulich!

Insgesamt kann ich den hier mitgeteilten sowie früheren Studien zum Assimilationsmodell den Vorwurf mangelnder Subtilität nicht machen – im Gegenteil! Mir will vielmehr scheinen, die Wiederholung so vieler Anwürfe gegen empirische Forschung hat auch manchmal damit zu tun, dass man empirische Forschung höchst beschränkt auffasst (wozu von dieser Seite auch mancher Anlaß geboten wird) und sie dann kaum

noch zur Kenntnis nimmt. Hier liegen Beispiele vor, dass es subtil zugeht, dass man klinisch einleuchtende Befunde über den Zusammenhang von Prozeß und Outcome ermitteln kann und dass ein psychoanalytisches Essential, nämlich die Einsicht in die Rolle der Einsicht, wunderbar bestätigt – und der Witz daran ist, dass diese Rolle sogar in jenen Therapien bestätigt wird, die nicht psychodynamisch, sondern kognitiv-behavioral durchgeführt wurden. Das Assimilationsmodell evaluiert schulunenabhängig, ist aber psychodynamisch inspiriert.

NEUES ZUR HEIDELBERG-BERLIN-STUDIE

Im gleichen Heft von „Psychotherapy Research“ finden sich neue Befunde, die zwar nicht zum Themenbereich des Assimilationsmodells gehören, aber doch in dessen Nähe. **Tilman Grande, Reiner Dilg, Thorsten Jakobsen, Wolfram Keller, Bärbel Krawietz, Monika Langer, Claudia Oberbracht, Sabine Stehle, Margret Stennes** und **Gerd Rudolf** berichten über einen Vergleich von tiefenpsychologisch-fundierter Psychotherapie (PD) mit analytischer Psychotherapie (PA), wie die deutschen Richtlinien terminologisiert haben. Die 1997 begonnene Studie verzichtet auf Manualisierungen in Übereinstimmung mit dem naturalistischen Design, das ohne Zuweisungsprozeduren und Homogenisierungen der Patientenstichproben auskommt, dafür aber Patienten mit wirklich schweren Störungen in die Studie aufnimmt. Nur Psychotiker und Patienten, die jünger als 18 Jahre sind, werden ausgeschlossen, ansonsten alle Patienten untersucht, die von den mitarbeitenden privaten Praktikern aus Berlin und Heidelberg der Studie angeboten wurden.

Erst nach Erhebung aller Daten wurden die Patienten vergleichbar gemacht hinsichtlich Schweregrad der Störung, Alter, Geschlecht, Bildung. 6 Fälle, die sich als nicht-vergleichbar erwiesen wurden aus den Berechnungen herausgenommen, 9 Fälle brachen die Behandlung vorzeitig ab. Und: „Forty-two patients refused to participate in

the study“ (S. 480). Schließlich blieben 32 Patienten in der PA-Gruppe, 27 in der PD-Gruppe. Die Therapeuten waren insgesamt DGPT-anerkannte Psychoanalytiker mit durchschnittlich 20 Jahren Praxiserfahrung. Daten wurden mit dem SCL-90 (wie auch in den Studien zum Assimilationsmodell) und mit dem Inventory of Interpersonal Problems (IIP) erhoben.

Es gab eine Tendenz dahingehend, dass die PA-Patienten schwerer gestört waren, vor Behandlungsbeginn eine höhere Zahl von Krankheitstagen hatten und auch öfter hospitalisiert waren. In dieser Gruppe gab es auch mehr Zwangskranke und Essgestörte. Die Differenzen werden aber als „astonishingly slight“ (S. 481) bezeichnet.

“After consideration of all the differences, we thus conclude that a direct comparison between PA and PD is both possible and justified. If one is inclined to attribute any significance at all to the trends identified, it is surely not in terms of a more favourable start position for PA” (S. 481)

Trotz dieser gleich „ungünstigen“ Ausgangslage für PA ergaben sich hinsichtlich der Therapieeffekte deutlich günstigere Verbesserungen für PA bei den IIP-Werten. Dieser Effekt verringert sich zum Zeitpunkt der Ein-Jahres-Katamnese leicht, bleibt aber insgesamt stabil.

“Accordingly, we conclude that, in comparison to PD, PA is more effective in terms of the IIP total score at the conclusion of treatment,

whereas at 1-year follow-up this effect hold but decreases”.

Das stimmt mit anderen Befunden überein, wonach die Verbesserung der interpersonellen Beziehungen längere Behandlungsanstrengungen erfordert als die bloße Symptomreduktion. Die Schlussbemerkung dieser Studie dürfte politisch Aufmerksamkeit erlangen:

“Although the present study indicates differences between two psychodynamic approaches practiced under naturalistic conditions, the slightly better effects found here in the PA group would not in themselves suffice to justify the relatively high degree of effort they involve.

This effort would be justified only if these therapies were to lead to more profound (i.e. structural) changes above and beyond symptomatology of the kind primarily aimed at in higher frequency psychoanalytic therapies. Elsewhere we have described the methodology used ...”

Diese Methodologie bestand in der bekannten Umstrukturierungsskala, die Ergebnisse werden für die nahe Zukunft angekündigt. Aber diese Skala ist inhaltlich dem Assimilationsmodell recht nahe, weil sie auch annimmt, dass PA-Patienten gleichsam höhere level an Struktur, d.h. an Bemeisterung erreichen als PD-Patienten.

LOKALER KONTEXT, INDIVIDUELLER SINN UND INTERAKTION MACHEN DEN THERAPEUTISCHEN PROZEß

Nach meinem Dafürhalten wird die empirische Beachtung der klinischen Subtilität auch deshalb möglich, weil hier durch Präsentation von Transkriptmaterialien nicht Meßergebnisse gezählt, sondern sinnhaftes Geschehen erzählt und klinisch plausibilisiert wird. Diese methodischen Ansätze nannte man bislang „qualitativ“; alles was als „qualitative Forschung“ galt, rangierte dann verächtlich rangniedrig, irgendwo auf dem Niveau von Märchen- und Mythenbildung, bestenfalls galt es als „Lyrik“.

Diese fatale und vollkommen unberechtigte Wertung beginnt sich auch deshalb zu verschieben, weil eben empirisch klar wird, dass lokale Kontexte und individuelle Sinnzusammenhänge nicht vom pragmatischen Bedürfnis nach zählbaren Ermittlungsergebnissen erschlagen („objektiviert“) werden können, ohne einen hohen Preis bezahlen zu müssen – nämlich den von fragwürdigen Befunden. Dieser veränderten Wertung wird auch ein Buch gerecht, welches eine neue, sinnvolle Terminologie schon im Titel vorschlägt: „Researching the Psychotherapy Process – A Practical Guide to Transcript-based Methods“ (2006).

Autoren sind **Georgia Lepper** und **Nick Riding** aus England. Die Rede von den Transkriptbasierten Methoden machen diese Autoren klar, indem sie „coding approaches“ wie das ZBKT, die SASB-Methode oder eben auch das Assimilationsmodell vorstellen, den weit umfänglicheren Mittelteil aber den „discourse approaches“ widmen. Hier tauchen die bekannten qualitativen Verfahren wie „grounded theory“, Konversationsanalyse oder Untersuchung von Narrativen wieder auf und es wird angeregt, sich mit diesen Verfahren genauer zu beschäftigen, eben weil sie lokalen Kontext, individuellen Sinn und aktuelle Interaktion in einer subtilen Weise zu beachten verstünden, die dem klinischen Interesse nahe ist. In einem vorletzten Kapitel wird dann auf das Modell des therapeutischen Zyklus von **Erhard Mergenthaler** verwiesen, das eine computergestützte Evaluation von Therapietranskripten erlaube. Man muß also nicht mehr zwischen „qualitativ“ und „quantitativ“ unterscheiden, sondern wer den therapeutischen Prozeß untersuchen will, braucht Transkripte. Prozessforschung kann wohl nicht anders - so empfahl es ja auch Elaine Chaika - als *transkript-basiert* erfolgen und erst dann ergeben sich unterschiedliche Auswertungswege. Die gleichen Transkripte können so oder so, mit der einen oder mit der anderen Methode

ausgewertet werden. Das hängt von der Fragestellung und den Ressourcen ab, die jemand zu Verfügung hat.

Sympathisch an diesem Buch von Lepper und Riding ist auch, dass die beiden Autoren offensichtlich ein Ziel verfolgen, wie es auch **Loewenthal** und **Winter**, deren Buch ich vor vier Monaten (PNL-45) hier vorgestellt habe, anpeilen: nicht „große“ Forschung, sondern Befähigung von klinischen Praktikern, ihre Fragen zu erkennen und methodisch angeleitet bearbeiten zu können. Genau diesem Ziel widmet sich das Buch von Lepper und Riding, indem sie ein „Example of a practitioner project – Stories and metaphors“ aufnehmen, das aus der Lehre solcher transkriptbasierter Methoden hervor gegangen ist und von einer Lehrgangsteilnehmerin verfasst wurde. Ich darf mich freuen, dass hier Metaphern und figurative Sprache in ihrer Rolle für den therapeutischen Prozeß gewürdigt werden, weil ich ja in meinem Buch „Metaphern der Kur“ (2. Aufl. 2003) in vergleichbarer Weise Transkripte, u.a. eine vollständige Kurztherapie von 30 Sitzungen, zu analysieren unternommen hatte.

Es geht also um eine Forschung „vor Ort“, an der eigenen Institution, mit lokal begrenzten Mitteln und mittlerer Reichweite, deren Ergebnisse nicht „auf die ganze Welt“ übertragen werden sollen. Aussagen wie „die SoWieSo-Therapie ist der SoUndSo-Therapie überlegen“ machen nämlich überhaupt keinen Sinn mehr; insbesondere dann, wenn ein solcher Befund, irgendwo in den USA ermittelt, zu entsprechenden Schlussbildungen in unseren Breiten führt mit immer eminenten berufspolitischen Folgen. Von zu vielen relevanten Umständen aber muß dabei abgesehen, die Einheitlichkeit einer Methode gerade von denen fingiert werden, die Subjektivität als therapeutisches Agens schätzen. Und ignoriert werden müssen bei solchen globalen Aussagen natürlich auch die Befunde, die längst nachgewiesen haben, dass mal gerade 15% eines therapeutischen „outcome“ auf das Konto einer spezifischen „Technik“ gehen. Gerade die lokalen Kontexte aber werden in ihrer erheblichen Bedeutung ignoriert, wenn die Debatten stets im globalen Modus geführt werden.

Alle wissen doch aus Erfahrung, dass die Kompetenzen eines Teams auf einer Station sehr viel anders sein können als die eines anderen Teams mit gleicher Arbeitsbezeichnung, ja dass es Schwankungen der Tagesform gibt oder Bewältigungsnotwendigkeiten, wenn auch nur ein Mitarbeiter einmal krank ist oder ein neuer eingestellt wurde. Und ähnliches gilt auch für jede private Praxis.

Regional begrenzt, an individuellem Sinn und lokalem Kontext orientiert und auf der Basis genauer Transkripte das therapeutische Gespräch in aktueller Interaktion verstehen – das scheint die neue Devise zu sein für die, die den therapeutischen *Prozeß* und damit relevante Probleme erforschen wollen. Das kann man doch nur begrüßen, zumal die Studien über das Assimilationsmodell psychoanalytische Zentraleinsichten ja nur bestätigen. Die Befähigung von Praktikern zu forschen – wäre das nicht eine schöne aktuelle Variante jenes *Junktims von Heilen und Forschen*, das **Freud** vorschwebte und welches wir seit Jahren nur noch beschwören, statt es zu realisieren? Hier bieten sich Chancen. Mir will scheinen, dass Kernberg recht hat mit seiner Behauptung vom zunehmenden Druck, Forschung zu betreiben. Mir will weiter scheinen, „Outcome“-Forschung muß mit jenen Methoden betrieben werden, die Geldgeber überzeugen. Ob die ein Tennistraining evaluiert haben wollen oder eben Therapien, ist der Sache nach egal; sie wollen wissen, ob der finanzielle Aufwand berechtigt ist oder nicht – und mir fällt kein gutes Argument dagegen ein, jedenfalls kein grundsätzliches.

Aber ob man den Unterschied zwischen Tennistraining und Therapie *in der Sache* soweit methodisch vernachlässigen kann, wie das in solcher methodischer Orientierung gelegentlich aufscheint, darf man schon fragen und auch mit einem deutlichen „nein“ beantworten. Daraus folgt aber nicht, Forschung insgesamt abzulehnen. Daraus folgt, eine andere Forschung zu betreiben – methodisch genau, die Erfahrung evaluierend, die Subtilität des psychoanalytischen Geschehens beachtend und der Flüchtigkeit des Seelischen gewahr. Eine solche Forschung ist möglich, die hier dokumentieren Studien belegen es, empirisch!