



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

PSYCHO-NEWS-LETTER NR. 53

EIN KLEINER LITERATURRUNDFLUG

Im Auftrag des Vorstands der DGPT

Verfasst von
Michael B. Buchholz

Email: buchholz.mbb@t-online.de

Mitte März 2007

VERWIRRUNGEN DER FREQUENZ

Ach, möchte man manchmal ausrufen, ach wie war es ehemals, zu **Freud**'schen Zeiten so bequem! Das kam in abgewandelter Form in jenem Kindergedicht vor, das von den Heinzelmännchen zu Köln handelte. Schlag nach bei Freud! – so dachten manche und über Nacht schienen die Heinzelmännchen alle Probleme beseitigt zu haben. Nun, dem ist auch deshalb schon lange nicht mehr so, weil auch bei Freud keineswegs eitel Klarheit herrschte. Schaut man sich heute um, schaudert's einen manchmal, welche Begriffsneuerfindungspotentiale manche Autorinnen und Autoren haben. Und nicht immer werden neue Therapien von den Autoren kreiert, sondern nur Akzente gesetzt. Teile des Ganzen werden von Proselyten dann fürs

Ganze selbst genommen und die marktgängigen Therapieerfindungskreativitäten reichern mächtigmächtig dann Debatten an, deren Substanz zu erkennen nicht immer leicht ist. Haben **Wallenstein** oder **Kernberg** wirklich eine *ganz andere* Therapie gemeint, als sie von „supportiver“ bzw. „expressiver“ Psychotherapie sprachen? Ist das im gleichen Sinn eine „andere Therapie“ wie der Unterschied zwischen einer konservativen Medikamentenbehandlung und einem chirurgischen Eingriff „andere Therapie“ ist? Wenn nicht, in welchem Sinne dann? Was ist gemeint, wenn man manchmal liest, es sei erforderlich „Trennung zu bearbeiten“ – versteht ein Autor, der so schreibt, dasselbe darunter wie seine Leser? Und manchmal findet man sogar, dass jemand zu einer „Trennungsbearbeitungstherapie“ gesandt worden sei! Was ist gemeint, wenn in einem Fallbericht steht, diese oder jene Zusammenhänge „wurden dem Patienten gedeutet“? Was wurde gesagt? Wann? Wie? Was hat es damit auf sich, wenn es in Fallberichten heißt, ein unbewusster Konflikt wurde „durchgearbeitet“? Und wenn die Forderung erhoben wird, man müsse „das Trauma bearbeiten“ – was bedeuten die Worte: Trauma? Bearbeiten? Ich habe auch schon Fallberichte gelesen, wo ein Mann, der viele Jahre seine Frau betrogen hatte, erleben musste, dass seine Frau sich das nicht gefallen liess, ihrerseits sich neu verliebte und dann berichtet wurde, aufgrund dieses *Traumas* (!) sei er in die Behandlung gekommen!

In manchen Debatten kann man erleben, dass Vertreter der goldenen Vierbisfünfstundenlangzeitvollanalyse den Vertretern der kupfernen Nurdreistundenrichtlinien*therapie* vorhalten, sie würden deshalb „keine Analyse“ machen, weil die Richtlinien „analytische Psychotherapie“ gestatten, nicht aber „Psychoanalyse“ – uff, möchte man ausrufen, was ist das doch für ein Segen, dass es noch Leute gibt, die über diese Dinge so genau Bescheid zu wissen scheinen! An sie sollen wir uns dann wohl halten, denn ihr Kompass weist klar nach London, der anderer nach Paris oder nach Los Angeles und San Francisco. Jedem sein Mekka und Medina oder Rom!

Dabei sind es die gleichsam „ökologischen“ Kontexte, die sich störend auf die Magnetfelder auswirken. Die Unterscheidung zwischen „analytischer Psychotherapie“ (AP) und „tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie“ (TfP) ist eine, die aus dem Kontext berufspolitischer Auseinandersetzungen stammt. Es handelt sich klar um rechtsförmige Begriffe, mit denen in Analogie zur Medizin bestimmte Behandlungsstrategien justitiabel gemacht wurden. Doch was dann in den vier Wänden eines Behandlungszimmers gesprochen wird, wird klar und eindeutig *nicht* davon bestimmt, ob TfP oder PA beantragt wurde. Es wird allenfalls davon *mitbestimmt*. **Cremerius** hatte deshalb schon 1990 auf die Prognosstudie hingewiesen, die zeigte, dass Psychoanalytiker weit überwiegend TfP machen und **Tuckett** forderte 2001 in Budapest, die Unterscheidung zwischen Psychoanalyse und Psychotherapie aufzugeben, weil sie sich als unfruchtbar erwiesen habe – sinnvoller sei Wege zu finden, wie klinische Praxis gut beschrieben werden könne, weil es verschiedene Wege gebe, psychoanalytisch zu arbeiten. Der Titel der englischen Aufsatzsammlung von **André Green** „*Psychoanalysis: a paradigm for clinical thinking*“ (2005) macht genau diese logischen Ebenen klar: Wir alle arbeiten *klinisch* und denken *klinisch*. Die Psychoanalyse ist *ein* Paradigma des klinischen Denkens – das klinische Denken ist demnach klar übergeordnet, Psychoanalyse ist eine Realisierung klinischen Denkens. So könnten ganz gegensätzliche Autoren sich durchaus als in manchen Hinsichten einiger als gedacht erweisen. Davon sind nationale, berufsrechtliche oder berufspolitische Kontexte zu unterscheiden, die in diese fachinterne Diskussion nicht hineingehören. Erst die Verwirrung der Kontexte schafft einen Kontext der Verwirrung.

AUF WELCHER FREQUENZ FUNKT ES BEI DER PSYCHOANALYSE?

Nur wenn man die genannte Hierarchie zwischen professionell-klinischem Denken und Psychoanalyse sowie die Differenzierung

verschiedener Kontexte akzeptiert, kann man den Wert eines neuen Begriffs wie „niederfrequente Psychoanalyse“ erkennen,

den **Karl-Albrecht Dreyer** im November-Heft der „Psyche“ (11/2006) vorschlägt – mit klinischer Subtilität, behandlingstechnischem Scharfsinn und einem eindrucksvollen ausführlichen Fallbericht. Er stellt gleich die wichtigste Frage:

“Gibt es eine niederfrequente Psychoanalyse?” (S.1077)

und diese Frage gehört an den Anfang, weil sich für Manche Psychoanalyse als „hohe Frequenz“ buchstabiert. Psychoanalyse also mit nur einer Wochenstunde? Dreyer stellt klar:

“Es wird daher vorgeschlagen, von niederfrequenter Psychoanalyse dann zu sprechen, wenn sich ein psychoanalytischer Prozeß entfaltet und die Behandlungsergebnisse den höherfrequenten Anwendungen entsprechen” (S. 1080)

Interessant ist, dass Dreyer einige Autoren nennt, die sich im Laufe eines beruflichen Lebens in ihren Ansichten tatsächlich haben belehren lassen, **Leo Rangell** gehört dazu. Er definierte 1954 Psychoanalyse in einer Weise, die er 25 Jahre später selbst als „formalistisch“ bezeichnete. Und zusammenfassend schreibt Dreyer:

“Zwischen Wallerstein, Rangell und Gill bestanden zum Teil heftige Kontroversen in zentralen Punkten ...; gleichwohl findet sich in ihren Äußerungen über Jahrzehnte hinweg Übereinstimmung darin, dass anhand der Frequenz nicht unterschieden werden kann, ob eine Behandlung als Psychoanalyse anzusehen ist oder nicht. Im

Die anti-ideologische Position

So könnte man bezeichnen, was **Thomas Ogden** erfrischend für die Frequenz-Debatte formulierte:

„Sich auf eine analytische Ideologie zu verlassen, ist eine gebräuchliche Methode, mit der Analytiker ihre Angst des Nicht-Wissens abwehren“ (zit. nach Dreyer S. 1087).

Immerhin – in meinem letzten PNL konnte ich **Otto Kernberg** mit ähnlichen Bemerkungen zur Ideologiehaltigkeit der Psychoanalyse zitieren. Vielleicht ist die Aufgabe tatsächlich, sich freier zu machen.

die Richtung der Ablösung von formalen durch inhaltliche Kriterien.“ (S. 1081 f.)

Wie aber kann Psychoanalyse inhaltlich definiert werden? Wenn man von einer niederfrequenten Psychoanalyse reden will, muß in dieser Frage ja Klarheit herrschen. Dreyer gibt (mit anderen Autoren) dazu nun die folgende Bestimmung der Psychoanalyse als einer Methode, die die Entwicklung einer Übertragungsneurose begünstigt, die Vergangenheit als in der Gegenwart enthalten sieht, die strukturelle Veränderungen durch die Auflösung der Übertragung aus ihren infantilen Quellen erreicht und damit zu einer „*besseren Adaptation des psychischen Apparats*“ des Patienten.“ (S. 1082)

Nun, besonders das Letztere lässt klar eine ichpsychologische Spur erkennen; aber wenn man aufatmen möchte über die erreichte Klarheit, warnt einen der Autor selbst und fügt noch weitere Bestimmungen hinzu. In der Analyse habe der Analytiker eine „Position am Rand“, in der Psychotherapie hingegen „interagiere“ er mit seinem Patienten – so jedenfalls wollte **Merton Gill** die Dinge unterschieden sehen. Klarheit? Nein, denn auch vom Rand des Feldes aus ist man natürlich in Interaktion mit seinem Patienten, so Dreyer richtig. Auch über die Ziele lässt sich die Unterscheidung nicht durchführen. Wenn man sagt, sie würden in der Psychotherapie „absichtsvoll“ herbei zu führen versucht, dann scheitert das eben daran, während es in der Psychoanalyse keine absichtlichen Ziele gebe, die eben deshalb erreicht werden. Ach ja? Verwirrung beseitigt? Wieder nein!

Dreyer bietet eine diskussionswürdige Lösung an: die psychoanalytische Arbeit gehe von Stunde zu Stunde und die Regression spiele eine je andere Rolle. „...und auch die Mikrointeraktion in der Stunde folgt einer anderen Gesetzmäßigkeit“ (S. 1084). In beiden, der nieder- wie der höherfrequenten Anwendung komme es darauf an, den Patienten die Möglichkeit zur Regression zu bieten, die sie benötigen. Bei weitem Stundenabstand müssen die Patienten in der Lage sein, „die Verbindung zum analytischen Prozeß und zu sich selbst darin zu halten“

Gegenteil: die Entwicklung der Autoren weist in

(S. 1086), solche mit schwereren Störungen kommen also eher nicht dafür in Frage. Dafür erreichen die selteneren Stunden eine je eigene Geschlossenheit und der Wechsel der Intensität im Vergleich zu hochfrequenten Analyse lässt auch den Analytiker in seinem Gegenübertragungserleben nicht kalt:

“es ist die intensive Begegnung mit dem Nicht-Wissen und den dadurch ausgelösten Affekten, der Beunruhigung und der Angst. Nicht-Wissen und Angst wirken bis zum nächsten Termin, dieser liegt relativ weit entfernt, in der Regel in der folgenden Woche.“ (S. 1087)

Mit dem Unerwarteten und Überraschenden umgehen können, die Angst, kein Experte zu sein (und deshalb einer, der professionell arbeitet) – das wird nun an einer ungemein beeindruckenden Fallgeschichte vorgeführt. Hier geht es um eine Patientin mit einer organischen Blutungskrankheit, die von Anfang an die Überzeugung mitbrachte, nur eine Psychoanalyse könne ihr tatsächlich helfen. Und Dreyer führt, in meinem Verständnis überzeugend, vor, dass die von ihm durchgeführte niederfrequente Psychoanalyse tatsächlich half, Rezidive abzuwenden. Die Patientin wurde 6 Jahre lang mit insgesamt 300 Stunden im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie behandelt, *wie* die Behandlung dies bewirkte, darüber lässt Dreyer ganz bewusst viele Fragen offen, aber gerade das macht seinen ausführlichen Behandlungsbericht so sympathisch: er fingiert eben gerade *nicht* ein theoretisches Wissen und eine behandlingstechnische Souveränität aus einer „richtigen“ Theorie, sondern beschreibt die alltäglichen Nöte, ernststen Sorgen und teils ergreifenden Ängste, die er für sich zu durchleiden hatte, weil diese Patientin tödlich bedroht war. Wie die klare organische Krankheit auf diesem Wege therapeutisch erreicht und erfolgreich beeinflusst werden konnte, bleibt also unklar; aber dass es gelang, steht außer Zweifel. Am Beispiel eines kleinen Mitagierens von ihm als Therapeut wird eine erhellende Wendung gefunden. Eine Übertragungsneurose auf ödipalem Niveau bei sonst vergleichsweise guten Entwicklungsbedingungen wird beschrieben.

Demnach verhält es sich also nicht so, dass durch niederfrequente Psychotherapie mehr Patienten versorgt werden könnten, wie manche Autoren meinten. Aus überzeugender Souveränität heraus schreibt Dreyer zwei klare Worte: „Hoffmann (1989) irrt.“ (S. 1101).

Ist damit nun eine eigenständige Therapie kreiert worden? Nein, die „Verbindung zur gemeinsamen Theorie“ (S. 1078) muß gerade nicht aufgegeben werden.

“Niederfrequente Psychoanalyse wird als Begriff benötigt, um die niederfrequente Ergänzung zur hochfrequenten Psychoanalyse beschreiben zu können. Erst beide zusammen, hochfrequente und niederfrequente Psychoanalyse, ergeben das vollständige Spektrum der Psychoanalyse“ (S. 1101)

Damit bestimmt er abschließend die Position seiner Wortwahl und wenn man anfügen würde, dass das vollständige psychoanalytische Spektrum auch noch durch Gruppen-, Familien- und Kindertherapie bzw. –analyse ergänzt werden sollte, hätte er vermutlich nichts dagegen; das Kind mit dem Bade ausschütten wollte er wohl nicht.

In einem nachfolgenden Beitrag kommt **Rolf Klüwer** („Zur vernachlässigten Dimension des Fokalen“, Psyche 11/2006) zu sehr ähnlichen, wenn auch ganz anders formulierten gedanklichen Anschlüssen. Nach einer Beschreibung der fokalthérapeutischen Entwicklung formuliert er:

“Zusammenfassend läßt sich Balints Arbeitsweise als ein Strukturieren der Oberfläche fassen, wobei die Konzepte Fokus, szenisches Verstehen und Handlungsdialog konzeptuelle Weiterentwicklungen dessen sind, wie Balint in der klinischen Situation arbeitete“ (S. 1121)

Und als wollte er die erfrischende anti-dogmatische, anti-ideologische Linienführung von Dreyer aufnehmen und fortführen, schreibt Klüwer ein paar Zeilen weiter die schönen Sätze:

“Szenen haben den großen Vorteil, keine Theorien zu sein, sondern unmittelbar am Erleben des Patienten ansetzen zu können“ (S. 1121)

Das ist deshalb schön, weil sich damit ein Streit um die Frage, wer die richtige Theorie

habe und ob sich Theorie *anwenden* lasse, klar als gegenstandslos erweist. Nein, in unserem Fall kann man Theorie nicht *anwenden*, man muß an Szenen partizipieren und sie gleichzeitig erkennen. Die Deutung ist weit mehr *gemeinsame* Arbeit als die Theorie meinte; in diesem Punkt irren wohl die allermeisten Theorien unserer Disziplin. Deshalb schrieb **Ambrosiano** im Int. J. Psychoanal. (2005) in seinem Beitrag mit dem Titel: „The analyst: His professional level“ die folgenden Worte:

“There are at least as many ways of understanding interpretation and of defining its object and goal as 'analytic families' in the various local institutions”.

Experten müssen immer alles wissen, alle Informationen vollständig haben, vollständige Modelle und klare Ableitungsregeln; *Professionelle* hingegen arbeiten in Unsicherheit, indem sie teilhaben und teilnehmen, mit unvollständigen Informationen und in struktureller Unsicherheit und oft genug *ohne* vollständiges und sicheres und geprüftes Wissen überhaupt verfügbar haben zu können. Das macht gerade professionelle Kompetenz aus. In unserem Fall ist es das Erkennen von Szenen, wie Klüwer klar formuliert – Klarheit über die notwendige Unklarheit also.

Und zur berufspolitischen Situation hat Klüwer auch eine kluge Bemerkung parat. Weil nämlich die Psychoanalyse sich selbst mit unter den Druck gesetzt habe, die Methode *ausformulieren* zu wollen, sei es zu einer seltsam widersprüchlichen Tendenz gekommen. Einerseits wurde das A-Fokale idealisiert, also die Schwärmerei für die ziel-

lose, für die frei schwebende Analyse, andererseits aber habe die Prognosstudie klar gezeigt, dass die meisten Psychoanalytiker ganz anders arbeiten. Dieser Widerspruch wurde intern kaum aufgelöst, so Klüwer.

“Erst die Gesetzgebung und die Einführung des Psychotherapeutengesetzes hat uns von außen eine Veränderung aufgezwungen, der immer noch eine von innen kommende Konzeption fehlt. Was uns aufgenötigt wurde, hätte von innen kommen sollen. Der Idealisierungstendenz ist eine vollständige Beschreibung der Methode entgegensetzen, der zufolge die Arbeit des Analytikers in der ständigen Oszillation zwischen Afokalen und dem Fokalen mit seinen Konsequenzen für die Settingfragen zu sehen ist.“ (S. 1123)

Die „Nutzung aller Settingvarianten“ sei für das weitere Gedeihen der Psychoanalyse „unverzichtbar“.

So haben in dieser Frage nun zwei DPV-Mitglieder klare Stellung bezogen und ihre Positionen mit Übersicht über die Tradition begründet. Es wird verbandspolitisch natürlich noch viele Debatten geben, ob das irgendwelche Folgen für die IPA-Positionen hat.

Mich erfreut an dieser Diskussion, dass hier gezeigt wird, wie die theoretische Einheit – in aller Verschiedenheit – gewahrt werden kann ohne dass man sich der Notwendigkeit beugt, ständig neue *Therapieverfahren* erfinden zu müssen, die offensichtlich eher Marktbedürfnisse befriedigen als Innovationen in der Substanz sind.

FUNKT'S IM PATIENTEN ODER IM BEHANDLUNGSZIMMER?

Liest man den Beitrag von **Gottfried Fischer** im „Forum der Psychoanalyse“ (4/2006) zum aktuellen Forschungsstand der Psychotraumatologie, dann bleibt bei mir jedenfalls ein etwas zwiespältiger Eindruck. Fischer erinnert an Freuds Vorstellungen über das Agieren, worin die Erinnerung

gleichsam „sensomotorisch (indexikalisch) organisiert ist und in der Übertragung reinszeniert wird“ (S. 342) und fasst dann zusammen:

“Diese Formulierungen enthalten im Kern, was wir auch heute noch als spezifisch psychoanaly-

tischen Beitrag zur Psychotraumatologie und Traumatherapie verstehen: den Umgang mit Widerstand und Übertragung, die dem Erinnern der traumatischen Erfahrung entgegenstehen“ (S. 342f.)

Dann werden psychische Phänomene und neurobiologische Beobachtungen im Zusammenhang mit traumatisch verursachten Störungen in Parallele gesetzt und betont, Freuds Metapsychologie

“ist der Versuch, eine Sprache zu finden, die psychische und neuronale Phänomene übergreift“ (S. 348)

Soweit die Theorie. Soweit d'accord. Zu den behandlungstechnischen Diskussionen freilich kommt es bei dem Versuch, die Besonderheiten der Traumatherapie eben dann doch hervorzuheben. Da ist die Rede vom Unterschied zwischen Körper-Sein und Körper-Haben, die dem Traumatisierten gleichsam die Chance zur Depersonalisation biete. Warum das eine *traumatherapeutische* Innovation sein soll, erschließt sich mir nicht.

Tatsächlich hatte der Biologe und spätere philosophische Anthropologe **Hellmuth Plessner**, der durchaus mit zu den Vertretern der „Frankfurter Schule“ gerechnet werden kann, mit dem Begriff der „exzentrischen Position“ als seinem philosophisch-anthropologischen Zentralkonzept eben dies als Besonderheit des Menschlichen umfangreich beschrieben. Die Pointe der „exzentrischen Position“ ist gerade, dass Menschen Körper *haben* und Körper *sind*. Hier sind sie „zentrisch“, weil und solange sie gleichsam aus dem Körper heraus handelnd in die Welt blicken und ihr eigenes Zentrum bilden. Wenn wir Körper *haben* aber, werden exzentrisch, verlassen das eigene Zentrum, können etwa vom Blickwinkel eines anderen auf den eigenen Körper blicken. In diesem Konzept ist sowohl die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme angelegt als auch die zur Depersonalisation; beides wäre eine menschliche Möglichkeit, die sich unter bestimmten Umständen realisiert.

Manche Autoren haben diesen Begriff längst für die Psychoanalyse übernommen und klinisch nutzbar zu machen versucht, indem

sie die Reihe von *paranoid-schizoide* Position zur *depressiven* Position um die *exzentrische* Position verlängern. Warum der gleiche Gedanke – wenn auch ohne den Plessner'schen Begriff – jetzt für die Traumatherapie eine Besonderheit darstellen soll, erschließt sich mir freilich nicht.

Das geht bis in die einzelnen Formulierungen. Fischer spricht ganz im Sinne Plessners davon, dass Körper-Sein und Körper-Haben eine dialektische Einheit und einen „irreduziblen Gegensatz“ bilden und dass sie „zugleich eine dialektische Einheit“ bilden, „die sich genauer als die Einheit der beiden Momente und ihrer Differenz darstellt. Als Einheit von Einheit und Differenz“. Just diese letztere Formulierung findet man zunächst bei dem Systemtheoretiker **Niklas Luhmann** (den Fischer nicht zitiert), dann aber ist sie auch von manchen analytischen Autoren – weil prägnant und erhellend – übernommen worden. Aber wird damit etwas Besonderes an der Traumatherapie herausgestellt? In welchem Sinne wäre sie damit schon eine *andere Therapie*? Gehört sie nicht auch unter das Dach des *klinischen Denkens*? Die gleichen Fragen, was eine *andere Therapie* sei, die ich anfänglich herausgehoben habe, tauchen auch hier wieder auf, ohne dass damit der Wert dessen, was Fischer inhaltlich und klinisch beschreibt, in irgendeiner Weise bezweifelt würde. Ich diskutiere hier, zugegeben: skeptisch, die Frage, ob damit die Abtrennung einer eigenen Traumatherapie begründet werden könnte.

Auch wenn Fischer in seinen behandlungstechnischen Schlussfolgerungen auf **Alfred Lorenzer** und sein Konzept der Desymbolisierung als dem sprachphilosophischen Äquivalent der Verdrängung zu sprechen kommt, die gleiche Frage: Neu? Macht das den Unterschied zwischen Psychoanalyse und Traumatherapie aus? Lorenzer hatte das Konzept der Desymbolisierung doch gerade eingeführt, um an der *Psychoanalyse* etwas zu verstehen. Das würde doch dann eher für eine integrale Einheit sprechen: Traumatherapie als Teil dessen, was Psychoanalytiker eben auch tun.

Auch die Momente des Aufbaus des Arbeitsbündnisses, die vorbereitende Arbeit

eines kognitiven Durcharbeitens, die Bildung einer Erlebens-Gestalt als Vorstufe der Symbolisierung, die Empfehlung einer genauen und detaillierten Erarbeitung und Besprechung des Geschehenen und schließlich die „Integration in die Lebensgeschichte“ zusammen mit einer „Implementierung der konstruktiven Lösung in die gegenwärtigen Lebensverhältnisse“ (S. 355) – ist das neu? Läßt sich so ein Unterschied zu oder Abgrenzung von der Psychoanalyse rechtfertigen? „Integration in die Lebensgeschichte“ hatte **Argelander** (1979) in seinem Buch über „Die kognitive Organisation psychischen Geschehens“ als zentrales Movens der psychoanalytischen Behandlung überzeugend beschrieben und hatte dabei ebenso wie **Herbert Stein** in einem Buch über Selbstpsychologie aus dem gleichen Jahr eine Vorstellung von *Integration* unter Rückgriff auf und Auseinandersetzung mit Lorenzer entwickelt. Eben, das Unverständene soll ja integriert werden, indem einem Symptom lebensgeschichtlicher Sinn zugesprochen wird. Diese grundlegende, diese so basale Maxime der psychoanalytischen Behandlung findet man schon bei **Wolfgang Loch** und vielen anderen Autoren. Fischer ist da vom Bedürfnis, Neues anbieten zu wollen, wie mir scheint, zu arg getrieben. Manche wichtigen Unterscheidungen gehen dabei verloren, wie ein kleines Beispiel zeigen soll. Fischer zitiert Freud:

„Der Arzt deckt die dem Kranken unbekanntem Widerstände auf; sind diese erst bewältigt, so erzählt der Kranke oft ohne Mühe die vergessenen Situationen und Zusammenhänge“

und kommentiert:

„Dies würde der Autor bei Kenntnis der heutigen Befundlage so wahrscheinlich nicht mehr formulieren. Wir wissen heute, dass Widerstand und Abwehr gegen die traumatische Erinnerung, zumindest vorübergehend, sogar gestärkt werden müssen, um Strukturen zu festigen oder zu etablieren, die verhindern, dass das Ich von den eindringenden traumatischen Erinnerungsbildern immer wieder überflutet wird“ (S. 356)

Merken Sie's? Hier wird ganz subtil das Thema verschoben. Freud spricht von den Widerständen gegen *das Erzählen!* Damit ist ja eindeutig ein interaktives Geschehen im Behandlungszimmer gegenüber dem Analytiker gemeint. Fischer hingegen spricht vom Widerstand *gegen das Erinnern* – und das ist keineswegs dasselbe! Etwas Genauigkeit wäre hier gut, denn auch diese Kontextdifferenzen *innerhalb des Behandlungszimmers* sollten nicht verwischt werden. Sie auseinander zuhalten oder nicht ist geradezu klinisch folgenreich! Fischer denkt an dieser Stelle von therapeutischer Arbeit als einer Art Dammbau gegen die eindringenden Bilder der Erinnerung; das Ich müsse gleichsam wie mit einem höheren Damm vor „Überflutungen“, wie er mit einer so häufig genutzten Metapher sagt, geschützt werden. Freud hingegen denkt als Beziehungsteilnehmer, als Interaktionspartner, der weiß, dass der andere nicht alles und manches auch nicht in der zutreffenden Bedeutung erzählen *kann*, weil Übertragungswiderstände zu bearbeiten und deshalb vielleicht Symbolisierungsfähigkeiten an diesen Stellen noch nicht gegeben sind. Vielleicht also wird hier eine Differenz der Therapieformen geschaffen, die der Sache nach nicht unbedingt bestehen muß, weil Kontexte *innerhalb* der Sitzung nicht genügend differenziert werden?

Professionell arbeitende Analytiker nehmen eher, wie Klüwer meint, an Szenen teil (um sie nacherlebend deuten zu können); sie müssen den Patienten nicht konzeptuell vor dem Unbewussten schützen, sondern verstehen die Notwendigkeit der Dosierung, weil Patienten dies ja deutlich mitteilen – in ihrem szenischen Agieren nämlich. Mitteilen tun sie es auf jeden Fall, wie viel oder wie wenig sie vertragen. Sonst könnte es kein Therapeut keiner Schule wissen. Aber ob sich darauf grundsätzliche Unterscheidungen von der Art „andere Therapie“ aufbauen lassen? Um Dosierung zu konzeptualisieren braucht man keine neue Therapieform, sondern Behandlungstechnik.

SENDER-SUCHLAUF - ODER: DIE GEMEIN-
SAME FREQUENZEINSTELLUNG

Susanne Döll-Hentschker, Gertrud Reerink, Christa Schlierf und Helga Wildberger liefern (Psyche 11/2006) ein interessantes Beispiel dafür, wie Psychoanalytiker ihre eigene Arbeit beforschen können. Diese Autoren wollten in einer langjährigen gemeinsamen Arbeitsgruppe herausfinden, ob es Kriterien für die Stundenvereinbarung gebe? Schon in den Vorüberlegungen wird das interaktive Moment auf eine neue Weise herausgehoben:

“Mit einer Settingvereinbarung wird anerkannt, dass der Patient ein Wissen über die für seine Ichfunktionen günstigsten Bedingungen hat. Es werden aber auch die Bedingungen im Analytiker anerkannt, unter denen er sich vorstellen kann, diesen Patienten zu erreichen und zu halten“ (S. 1128)

Ich finde das Wort „...vereinbarung“ ebenso wichtig wie den hier ausgesprochenen Gedanken eines Wissens, welches beide Teilnehmer da von dem ins Auge gefassten Unternehmen haben. Das nimmt Balint's Idee, dass Psychoanalytiker mehr von ihren Patienten wissen als sie mit Worten sagen können, nur auf und vermeidet die Einseitigkeit: jetzt sind es beide Seiten, die etwas voneinander „wissen“ (**Daniel Stern** machte uns mit dem Konzept eines „implicit relational knowledge“ vertraut) und dieses Wissen mit dem über sich selbst daraufhin „abgleichen“, ob und wie welches Setting produktiv werden könne.

Als die Autoren ihre 155 Patienten durchgesehen hatten unter der Leitfrage, ob es „Kriterien für eine *richtige* Frequenzentscheidung gibt“ (S. 1130) kommen sie zu einer bemerkenswerten Feststellung:

“Es ließen sich keine diagnostischen Kriterien ausmachen, die zwingend zur Behandlung mit einer bestimmten Frequenz geführt hätten. Patienten mit neurotischem Konflikt wurden sowohl hochfrequent als auch niederfrequent behandelt; ebenso wurden früh gestörte Patienten, traumatisierte Patienten oder Patienten mit Denkstörungen teils in hochfrequente Analysen

genommen, teils in niederfrequente Psychotherapien. Auch spezielle Kompetenzen wie Ichstärke, Einsichtsfähigkeit, die Möglichkeit, mit Deutungen umzugehen, oder Icheinschränkungen wie konkretistisches Denken und eine Neigung zur Somatisierung waren nicht eindeutig einem bestimmten Setting zuzuordnen.“ (S. 1131)

Mit anderen Autoren gibt es also Übereinstimmung, dass die Entscheidung zu dieser oder jener Frequenz *nicht* von diagnostisch-nosologischen Überlegungen allein bestimmt ist. Entscheidender sind Einigungsprozesse zwischen den Beteiligten. Es geht also um Aushandlungen, es geht um Interaktionen, um Konversation. Kurz, selbst in der Indikationsentscheidung gewinnt die Relationalität entscheidende Bedeutung, nicht aber die *Anwendung* einer Methode für eine *Störung*. Mit dieser Grundentdeckung in ihrem eigenen Material finden die Autorinnen fünf „Regulierungsmodelle“, also Arten und Weise, *wie* zwischen den Beteiligten eine Indikationsentscheidung zustande kommt.

- Ein *Übereinstimmungsmodell* akzentuiert die übereinstimmenden Wünsche und Ängste
- Ein *Frequenzerhöhungsmodell* visiert eine allmähliche Frequenzerhöhung schon in der anfänglichen Vereinbarung an
- Ein *Frequenzreduktionsmodell* fasst eine mögliche Reduktion ebenfalls schon von Anfang an ins Auge
- Ein *Diskrepanzmodell* macht erforderlich, dass die unterschiedlichen Vorstellungen von Patient und Analytiker bezüglich der Frequenz aufwendiger als bei den anderen Modell zum Gegenstand der therapeutischen Arbeit wird
- Ein *Kompromissmodell* lässt einen Kompromiss zustande kommen.

Das Interessante ist, dass solche Modelle nicht verbal allein vereinbart werden, sondern Handlungsdialoge eine nicht unbedeutende Rolle dabei spielen, wie Fallbeispiele dann illustrieren. Am ganzen Ansatz imponiert mir, wie konsequent hier relational gedacht wird, so dass das therapeutische eben nicht in einer medizinischen Analogie verstanden werden muß, sondern die aktive Arbeit und Mitarbeit schon bei der Rahmenvereinbarung selbst in den Blick genommen werden kann. Und wo von Arbeit und Mitarbeit die Rede ist, ist natürlich die Widerstandsanalyse nicht fern, denn Freud definierte ja bekanntlich den Widerstand als das, was die „Fortsetzung der Arbeit“ hindert. Er schrieb von Arbeit, meinte aber natürlich „Ko-Operation“ und wenn man es so buchstabiert, ist damit erneut unterstrichen, dass die therapeutische Behandlung eben keine „Operation am offenen Herzen“ ist, wie es in einer Kitsch-Romanze des Magazins „Stern“ Ende 2006 über angeblichen „Pfuscher an der Seele“ hieß – mit einem nackten, in der Ecke kauenden Mädchen als Titelbild! –, sondern eben ein Unternehmen *gemeinsamer* Arbeit. Das ist übrigens auch jener Gesichtspunkt, der mir bei Fischer fehlt, wenn er den Therapeuten als „Dammbauer“ gegen die „Überflutungen“ beschreibt. Wenn schon Dämme gebaut werden müssen, geht's eben nur zusammen. Und Behandlungstechnik ist jenes Konzept, das zu beschreiben versucht, wie solche Ko-Operation überhaupt entwickelt werden kann; es ist nicht der Therapeut, der am Patienten „arbeitet“.

Die Autorinnen jedenfalls kommen konsequent und erneut *anti-ideologisch* zu dem Schluß:

Es gibt „kein *richtiges* oder *falsches* Setting.“ (S. 1141)

Wo Vereinbarung, Interaktion, Relationalität drauf steht, sollte also nicht „Intervention“ drin sein.

Auch hier also wird ein sympathischer Beitrag zu einer relationalen Psychoanalyse geliefert und auch hier sind Kontexte auseinander zu halten. Denn die Beschreibung von Aushandeln und Vereinbarung, die Erzie-

lung von Einigungsprozessen und Akzentuierung von Regulierungsprozessen gegenseitiger Art „beißt“ sich natürlich mit dem medizinischen Modell, das von „Intervention“ spricht und „die Krankheit“ des Patienten behandelt wissen möchte und dafür bezahlt, wenn's denn wirkt. Um also dem polemischen Einwand zu begegnen, dass hier „ohne Diagnosestellung behandelt“ worden sei, wäre es eine gute Fortführung der Arbeit dieser Autorinnen, wenn sie in einer nächsten Publikation nicht nur etwas über den Anfang, die Behandlungsvereinbarung und Settingwahl, sondern auch etwas über das Ende, den Behandlungserfolg und „outcome“ bei den untersuchten 155 Patienten mitteilen könnten.

Eine ganz andere Variante der Beforschung eigener Praxis stellen **Jürgen Körner** und **Fritz Wysocki** in einem Beitrag über „Die Rolle der Übergeneralisierung in der Neurosenbildung“ im „Forum der Psychoanalyse“ (4/2006) vor. Hier wird eine Kooperation zwischen einem Psychoanalytiker und einem Kybernetiker, der auf Künstliche Intelligenz spezialisiert ist, erprobt und, völlig ungewöhnlich für genormte Lesegewohnheiten, sogar mathematisch diskutiert. In Formeln! Aber man kann dabei das ästhetische Vergnügen gewinnen, wie elegant sich manche Dinge ausdrücken lassen, wenn ein didaktisch begabter Mathematiker seine Sprache vorführt.

Die Ausgangsfrage ist die nach dem Wiederholungszwang. Wie kann es sein, dass ein Mensch, der in seiner Familie etwa Selbstverleugnung und Selbstaufopferung als habituelles Einstellungsmuster erworben hat, dies auch in Situationen praktiziert, wo so etwas vollkommen unangebracht ist, ja sogar erkennbar schadet? Weiter hilft bei der Beantwortung dieser Frage der Gedanke, dass Menschen so etwas wie „Arbeitsmodelle“ entwickeln, wie ein Begriff aus der Bindungsforschung hier übernommen wird:

„Sie enthalten Spuren sensomotorischer Empfindungen, visueller Wahrnehmungen, konzeptueller Schemata; sie sind zeitlich und in der Gefühlsgestalt formatiert und als präverbale Strukturen gespeichert.“ (S. 324)

Kann man solche Arbeitsmodelle formalisieren? Man kann und das geht im Grunde, wenn man's gezeigt bekommt, ganz einfach. Ein solcher Mensch hat ein bestimmtes Klassifizierungslernen nicht entwickelt, wie es etwa auch **Theodor Lidz** schon früh beschrieben hatte; Psychotiker, so dieser Autor in seiner Sprachtheorie, unterscheiden nicht hinreichend zwischen sich und anderen und können deshalb nie ganz sicher sein, ob etwas auf sie bezogen ist oder nicht. Sie entwickeln einen kognitiven Stil der „egozentrischen Überinklusivität“, wie Lidz seit einem Beitrag in der „Psyche“ von 1968 immer weiter entwickelt hatte. Sie sind egozentrisch, beziehen alles eben „überinklusiv“ auf sich. Die Folge einer bestimmten Familienpathologie, d.h. von bestimmten Interaktionen ist eine Störung des Denkens, also der kognitiven Kategorisierungsprozesse. Mit dem gleichen Interesse an kognitiven Kategorisierungsprozessen schreiben Körner und Wysocki nun, dass im Fall der Selbstaufopferung eine kategoriale Grenze zwischen Familie und Nicht-Familie nicht gezogen wurden; im einen Fall ist Selbstverleugnung und –aufopferung angebracht, im anderen eben gerade nicht. Den Unterschied hat das Kind nicht gelernt. Etwas formalisiert ausgedrückt:

“Es zeigt sich aber, dass es eine einfache Entscheidungsregel nicht lernen konnte, nämlich die, sich zwar innerhalb der Familie aufopfernd zu verhalten, außerhalb aber nicht. Noch abstrakter formuliert: Es hat nicht gelernt: ‚Wenn FAM entscheide SO, wenn NFAM entscheide NSO‘ (S. 327)

wobei SO natürlich einfach die Abkürzung für Selbstaufopferung ist und NSO die Negation davon. Daran kann man nun eine Überlegung über die emotionalen Kosten anschließen und das führt zu dem Ergebnis, dass immer für SO (Selbstopferung) entschieden wird, weil „die gesamten Fehlentscheidungskosten zu 0 werden“. (S. 329). Im Rahmen eines wiederum einfach mathematisch darstellbaren iterativen Prozesses kommt es zu einer Zunahme der Wahrscheinlichkeit für selbstaufopferndes Verhalten und damit erneut zu einer Übergenerali-

sierung; die Möglichkeit, neues Verhalten und neue Sichtweisen zu erwerben, geht damit unter dem selbsterzeugten Übergeneralisierungsdruck verloren. Das Kind, das einmal an den heißen Ofen gefasst hat, geht gar nicht mehr in dessen Nähe und findet also auch nicht heraus, dass Öfen manchmal auch angenehm wärmen oder im Sommer kalt sind. Öfen gehören für das Kind nach dem Trauma verbrannter Finger dann übergeneralisiert zur Klasse der „gefährlichen Objekte“. Psychotherapie könne, so die Autoren, auch da ansetzen, wo die Kosten für solche kategorialen Fehlentscheidungen zu hoch sind oder wo die Kosten für Neues gesenkt werden können.

Ein zweites Fallbeispiel über die Angst vor Nähe und die Angst, verlassen zu werden, wird der Überzeugung halber mit der gleichen Methode durchgerechnet und in Bezug auf Behandlungsmöglichkeiten festgehalten, erfolgversprechender sei

“wenn nicht sogar unumgänglich notwendig, die kritischen emotionalen Zustände in der Therapie hervorzurufen und im Sinne eines Resonanzphänomens zu aktivieren, damit der Patient und auch der Therapeut sie bewusst als ‘analoge’ Zustände erleben und ggf. ‚digitalisieren‘, also sprachlich erfassen und kommunizieren können – als notwendige Voraussetzung für einen Umlernvorgang, den der Patient mit Unterstützung des Analytikers zu unternehmen hätte.“ (S. 338)

Klärend wird hinzu gefügt, dass es um den Versuch gehe,

„in der psychoanalytischen Situation neue Beziehungserfahrungen zu machen“ (S. 339)

Hier ist der Therapeut also weiter als Teilnehmer gedacht, der zugleich eine Verantwortlichkeit für die Lernprozesse hat. Dies sind aber nicht Lernprozesse eines „erwünschten“ und äußerlich sichtbaren, angepassten Verhaltens, sondern es geht um ein Lernen von anderen Kategorien und Kategoriengrenzen, die eine andere Deutung und Selbstdeutung des eigenen Erlebens und Verhaltens ermöglichen. Mindestens also kann man sagen, dass es um ein Lernen höherer Ordnung geht. Nicht Verhalten, sondern das Denken über das eigene Verhalten in bestimmten Situationen und wie diese

voneinander unterschieden werden können, steht an. Weitere Diskussionen wird es brauchen, um die Übereinstimmung und natürlich auch Differenz solchen Denkens zu anderen Konzepten wie etwa der Mentalisierung zu diskutieren.

Braucht man denn aber dazu eine mathematische Formalisierung? So könnte mancher stöhnen und sich abwenden. Ich meine, nicht jeder braucht das. Aber die Psychoanalyse als Wissenschaft insgesamt kann im Konzert der anderen Wissenschaften mit solchen Formalisierungsversuchen nur gewinnen, auch und gerade dann, wenn man andere Vorschläge zu machen, andere

Denkvorstöße wagen würde. Man muß dazu ja nur seine eingefleischten Ressentiments gegen die Mathematikschulunterrichtslange-weileerfahrungsdauermüdigkeit überwinden. Ich selbst bin ein ganz guter Schulmathematiker gewesen und kam auch ganz gut durch die Statistikkurse, aber ich habe es erst in den letzten Jahren zu bedauern gelernt, dass mir die höheren mathematischen Denkmöglichkeiten mit ihren Schönheiten verschlossen geblieben sind. Ein guter Lehrer wäre da nicht schlecht gewesen. Andere Denkräume kann man sich ja nur öffnen, wenn man das eigene Denken sicher genug hat, um sich auch auf ein fremdes einlassen zu können.

DEPRESSION - SENDUNGEN AUS DEM FUNKSCHATTEN

Das 5. Heft (2006) von „Psychotherapy Research“ widmet eine „special section“ der Behandlung der Depression. Dies einerseits deshalb, weil Depression nach Erhebung der WHO schlechthin diejenige psychische Störung mit der größten Verbreitung und messbaren volkswirtschaftlichen Lasten ist, aber auch natürlich, weil das NIMH seit langem eine große Studie dazu laufen hat. Über die habe ich hier schon berichtet.

Karla Moras, die für diesen Abschnitt des Heftes einen informativen Überblick beige-steuert hat, berichtet von Prävalenzraten der Depression in den USA von mehr als 17%, also etwa 19 Millionen Amerikaner. In anderen Ländern sieht es nicht anders aus. Die klinische Erfahrung belegt, dass Depression eine Begleitsymptomatik fast jeder anderen Störung ist. Der derzeitige Direktor des NIMH, **Thomas Insel**, äußerte kürzlich, dass für 70% der mit Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI= selective serotonin reuptake inhibitor) behandelten depressiven Patienten „appropriate treatment with an SSRI is not enough“. Beinahe ein wenig kurios klingt es, wenn Moras in ihrer ernüchternden Übersicht über neuro-wissenschaftliche und genetische Studien zur Depression zusammenfassend bemerkt:

“Also, former strongly genetic theories of depression have been modified by evidence that

life events can play a role in the onset of depression” (S. 520)

Da freilich lugt ein Schelm hinter einem solchen Satz hervor; denn das Lebensereignisse etwas mit Depression und Niedergeschlagenheit, mit Verzweiflung und Selbstmordversuchen zu tun haben – wer von Klinikern hätte das je bezweifelt. Aber nun weiß es die Forschung eben auch. Weil der Abgleich zwischen medikamentöser Behandlung und psychotherapeutischer Behandlung für die deutsche Diskussion von Bedeutung ist, wende ich mich gleich der Studie von **Saskia de Maat, Jack Dekker, Rober Schoevers** und **Frans de Jonghe** zu. Diese Autoren legen eine Meta-Analyse von 10 RCT-Studien („randomized control trials“) vor, Studien also, die den hohen experiment-analogen Standards entsprechen. Der Vergleich beider Behandlungsformen zeigt hinsichtlich der Remissionsraten, dass es kaum Unterschiede zwischen Psycho- und Pharmakotherapie gibt. 35% bzw. 38% Prozent Wiederherstellung der Patienten ist allerdings kein sehr positives Ergebnis für beide Therapieformen. Ein Unterschied zwischen chronischen und nichtchronischen Depression hinsichtlich der Remissionsraten konnte nicht festgestellt werden. Dabei muß man hinsichtlich der Psychotherapie bedenken, dass es sich um meist manualisierte Thera-

pien handelt, wobei nicht lange, meist unter 15 Sitzungen, behandelt wurde. Die „drop-out“-Rate, also die Zahl derjenigen, die eine Behandlung vorzeitig abbrachen, ist bei Pharmakotherapie signifikant höher. Die Rückfallquoten bei Erhebung der follow-up-Daten zeigt, dass knapp 57% der pharmakotherapeutisch Behandelten rückfällig wurden, aber nur 26% der psychotherapeutisch Behandelten. Dieser Unterschied ist signifikant (S. 568).

“Psychotherapy and pharmacotherapy appeared equally effective at treatment termination” (S. 568)

schreiben diese Autoren und machen damit aber auf die Notwendigkeit aufmerksam, daß sich an dieser Stelle – nämlich bei Behandlungsende - der Unterschied eben nicht zeigt, sondern an einer anderen Stelle:

“Our follow-up data show that twice as many patients relapse after pharmacotherapy termination than after psychotherapy termination” (S. 569)

Der Rückfall tritt nicht bei Behandlungsende, sondern später ein und dann ist er bei den medikamentös Behandelten ungleich höher. Das ist ein klarer Sieg nach Punkten für die Psychotherapie, aber methodische Vorsicht ist angebracht, worauf die Autoren hinweisen. Denn

“conclusions based on RCTs have wellknown limitations. An obvious one is selection bias. RCTs leave patients with serious comorbidity, such as drug dependence, suicide intentions, or severe personality disorders, our of scope.” (S. 569)

Da ich in anderen PNL's schon so oft über die Kritik an der RCT-Methodologie berichtet habe, setze ich als bekannt voraus, was die Autoren meinen, wollte aber doch darauf hinweisen, dass auch diese empirischen Forscher damit zu erkennen geben, für wie eng und begrenzt sie die strenge empirische Methodik halten, wenn es um die Beforschung wirklicher klinischer Probleme geht. Ihre Zusammenfassung ist auch in dieser Hinsicht sehr deutlich:

“We conclude that depressed patients profit equally from psychotherapy and pharmacotherapy after short-term treatment. Furthermore, it may be concluded that they seem to benefit more from psychotherapy than from pharmacotherapy during the 1- to 2-year follow-up period” (S. 570).

Interessanterweise merkt Karla Moras in ihrer zusammenfassenden Vorab-Besprechung dieser Arbeit im Heftüberblick an, dass vergleichbare Befunde auch für Panikstörungen aus Meta-Analysen vorliegen. Warum sie dann allerdings Kritik an der Arbeit von de Maat et al. übt, ist mir unverständlich:

“A basic point not made by De Maat et al. (2006) is that relapse data collected during essentially naturalistic follow-up periods after randomised controlled clinical trials can provide only suggestive evidence on contributions, and comparative contributions, of study treatments to relapse prevention. Thus, their relapse prevention finding can be regarded only as tentative” (S. 521)

Ich wundere mich, dass Karla Moras eine Kritik übt, die sich auf naturalistische Studien bezieht, während die kritisierten Autoren doch eine Meta-Analyse von 10 RCT-Studien gemacht haben und diese Meta-Analyse hatte die Überlegenheit der (Kurz)Therapie hinsichtlich einer langfristigen Stabilität des Ergebnisses belegt. Insofern ist die „evidence“ der Autoren hinsichtlich der unterschiedlichen Rückfallquoten bei Psycho- und Pharmacotherapie keineswegs nur „suggestive“, sondern müsste als „härter“ beurteilt werden.

Die methodischen Probleme sind immens. **Rhonda N. Goldman, Leslie S. Greenberg** und **Lynne Angus** berichten über eine gesprächstherapeutisch orientierte Studie an 38 Klienten mit MDD („major depressive disorder“ nach DSM-IV), wobei eine besondere Komponente „emotion focused therapy“ (EFT) evaluiert wurde. Am Behandlungsprozess orientierte Interventionen, die sich auf das emotionale Erleben und die emotional-kognitiven Beeinträchtigungen bei Depressiven beziehen waren bei 14 Therapeuten, die in CCT („client centered thera-

py“) ausgebildet waren, besonders geschult worden. Die Effektstärken

“fall within a range comparable to that of other studies of the treatment of depression with similar populations” (S. 544).

Die EFT-Komponente habe die Wirksamkeit der Behandlung erhöht. 100% der mit EFT Behandelten seien bei Behandlungsende wiederhergestellt, jedoch nur 95% der Vergleichsgruppe.

“In the current York 2 study, a relatively large number of patients in each group were not depressed at the end of treatment: 100% in the EFT-treatment and 95% in the relational CCT.” (S. 544)

Nun, ich weiß nicht, ob solche schmalen Differenzen gewissermaßen der Rede wert sind. Denn die Autoren meinen,

“Therapist and researcher bias could have affected the results if therapists were biased toward seeing the CCT as less effective than the EFT”. (S. 545)

Mir scheint diese Studie ein Beispiel für die Anstrengung zu sein, einzelne Komponenten der Behandlung identifizieren zu wollen, die deren Effektivität steigern. Zugleich macht sie ungewollt erneut deutlich, wie

wenig Sinn es macht, in solchen Studien anzunehmen, Therapeuten seien „blind“ für die von ihnen verwendete „Medikation“. Denn gut ausgebildete Gesprächstherapeuten wissen natürlich um solche emotionsfokussierten Komponenten, wenden sie absichtlich mit Übung und Erfahrung in ihrem Praxis-Alltag an und wenn sie in der Kontrollbedingung das nun plötzlich nicht tun sollen, dann machen sie Therapie ohne selbst daran zu glauben. Dass unter solchen Bedingungen überhaupt so hohe Erfolgsquoten ermittelt wurden ist das eigentlich Erstaunliche; frühere gesprächstherapeutische Befunde von Depressionsbehandlungen haben irgendwo zwischen 50-60% gelegen, wie die Autoren sich selbst wundern. Voreilig wäre es nun gewiß, auf die EFT-Komponente als das hauptsächliche oder gar alleinige Heilmittel bei Depression zu setzen. Lehrreich aber ist, dass man durch Akzentuierung eines bestimmten Prozessaspektes messbar am outcome (wenn auch insgesamt nur gering) etwas verändern kann. Schade ist, angesichts der Befunde von de Maat et al., dass keine katamnestischen Daten vorliegen, die zeigen, ob der Befund zum Ende der Behandlung und ein bis zwei Jahre darüber hinaus noch stabil ist.

FUNKSTILLE - FUNKLÖCHER UND DEREN FREQUENZ

Dass die empirische Forschung durchaus subtile Dinge erforschen kann, zeigt erneut eine Studie, die hier außerhalb der, der Depression gewidmeten „special section“ in „Psychotherapy Research“ (5/2006) publiziert ist, obwohl die untersuchten Klienten, 5 Frauen und ein Mann, ebenfalls mit MDD diagnostiziert waren. **Ze'ev Frankel, Heidi M. Levitt, David M. Murray, Leslie S. Greenberg** und **Lynne Angus** schreiben über „Assessing silent processes in psychotherapy“. Und sie beginnen ihren Beitrag mit einem Satz, den jeder Kliniker nur unterstreichen kann:

“Silences in psychotherapy are not as rare as the designation ‘talk therapy’ might lead us to assume” (S. 615)

Stimmt! Schweigen kommt in „talk therapy“ weit häufiger vor als man im allgemeinen berücksichtigt - was in meinen Augen an dieser Stelle nur unterstreicht, dass man sich gesondert einzelnen Ereignisklassen zuzuwenden versucht. Besonders die beiden letzteren Autoren Greenberg und Angus sind in der qualitativen Narrationsanalyse bestens ausgewiesen; sie haben viele Transkripte und Protokolle analysiert und kennen die unterschiedlichen Schweigemomente sehr genau. Was macht das Schweigen eigentlich aus? Wie unterscheiden sich verschiedene Arten des Schweigens eigentlich und woran könnte man das erkennen? Schweigen ist nicht homogen, sondern mindestens aufteilbar in heilsames und heillos Schweigen. Aber

feiner noch geht's durchaus. Eine frühere Studie von **Levitt** ermittelte sieben Schweigetypen, die im PICS („Pausing Inventory Categorization System“) zusammen gefasst werden. Damit werden Schweigepausen von mindestens 3 Sekunden Länge erfasst und anhand von kontextuellen, verbalen und paraverbalen Hinweisen folgendermaßen unterteilt:

- *disengaged silences*: hier zieht sich der Klient vermeidend von emotionalen Themen oder vom Prozeß zurück oder versucht, seine Gefühle durch das Schweigen zu kontrollieren
- *Interactional silences*: wenn die Aufmerksamkeit des Klienten sich dem Therapeuten zuwendet, um das gerade besprochene Thema zu meiden
- *Emotional silences*: wenn Klienten einem Gefühl nachspüren oder sich in ein Gefühl hineinzusetzen versuchen
- *Expressive silences*: wenn Klienten nach dem richtigen Wort für ein Gefühl suchen
- *Reflective silences*: wenn erkennbar ein Stück Selbstanalyse vorgenommen wird, Verbindungen zu besprochenen Themen geknüpft oder Einsichten integriert werden

Davon unterschieden wird noch das *mnemonic* und das *associational* Schweigen, wenn also jemand nach einer Erinnerung oder einem Einfall sucht.

Die Autoren wollen nun nicht eine in der Prozessforschung typische Strategie anwenden, die sie etwas ironisch als BME („beginning, middle, ending“) apostrophieren. Man untersucht Prozessmerkmale am Anfang, in der Mitte und am Ende. Nein, die insgesamt 90 Sitzungen der 6 Behandlungen wurden komplett nach den verschiedenen Schweigeformen codiert und ergaben mehr als 1500 Schweigepausen, die nun untersucht wurden. Dann werden die Hypothesen so formuliert:

“The present study aims to assess the hypotheses put forth in the qualitative investigations that led to the PICS: namely, that productive silences would occur more frequently within good-outcome dyads, whereas obstructive silences

would occur more frequently within the poor-outcome dyads and neutral silences would not differ substantially between outcome groups.” (S. 616)

Produktives Schweigen also komme in den Therapie-Dyaden mit gutem Ergebnis häufiger vor als die unproduktiven Varianten des Schweigens; bei schlechtem „outcome“ verhalte es sich genau umgekehrt. Im Grunde ist diese Hypothese komplett einleuchtend, weil sie zwischen produktivem Schweigen und abwehrendem Verschweigen und einigen Unterformen klinisch einleuchtend differenziert.

Als Erfolgsmaße kamen einige Standardfragebögen zum Einsatz wie das *Beck Depression Inventory* (BDI) oder die *Symptom Checklist-90* (SCL-90) und noch einige andere.

Die Ergebnisse zeigen, dass das reflexive Schweigen bester Prädiktor für den Outcome ist im Fall positiver Resultate, während das obstruktive Verschweigen tatsächlich mit den negativen Resultaten in Einklang steht.

Insofern gibt es eine gute Übereinstimmung mit den formulierten Hypothesen. Mich verblüfft allerdings, wie diese Befunde dann interpretiert werden:

“In this study, silences are understood as markers of internal processes, which are important because they suggest times in which clients' internal experiences are so compelling that they disrupt the therapeutic interaction” (S. 621)

Wie kann das sein, so frage ich mich, dass man ein Phänomen, dessen Erfassung so offensichtlich mit einem interaktiv orientierten Instrument geschieht – nämlich an den Kontexten vor und nach dem Schweigen orientiert – dann als „internal process“ zugeordnet wird? Meinen die Forscher hier, sie könnten diese inneren Prozesse sichtbar machen, während sie doch ein eindeutig interaktives Geschehen analysieren? Mir will scheinen, die Befunde sind klinisch hoch interessant und bestätigen die klinische Intuition, aber ihre Deutung ist sozusagen klinisch unterkomplex. Denn im Behandlungszimmer sind es immer zwei, die schweigen. Damit das Schweigen als „interner Prozess“ aufgefasst werden kann, damit ein Raum entsteht, in welchem das Schweigen produk-

tiv für eine interne Klärung und Selbstklärung genutzt werden kann, muß eine *Zuschreibung* erfolgen; entweder auf implizitem oder explizitem Weg müssen die Beteiligten sich darüber verständigen, dass ein auftretendes Schweigen nicht unterbrochen werden sollte, weil da jemand die Stille für sein Nachdenken nutzen möchte. Aus einer solchen gemeinsam erarbeiteten Verständigung geht hervor, wem die beiden Beteiligten das Schweigen zurechnen wollen. Es wird dann nicht *unser* Schweigen, sondern *dein* Schweigen – und das kann ohne jeden Zweifel therapeutisch sehr fruchtbar sein, muß aber nicht so sein. Vielfach beklagen sich Patienten darüber, dass ihre Therapeuten so wenig sagen, aber die Therapeuten schreiben auch ihr eigenes Schweigen als vom Patienten verursacht diesem zu. Das kann, wie gesagt, therapeutisch sinnvoll sein. Aber diese mehr oder weniger stille Ebene der *Zuschreibung* haben die Untersucher hier ganz offensichtlich nicht in den Blick genommen. Dies klinisch sehr relevante Moment fällt zwischen die Maschen der Theorie und dann auch der empirischen Untersuchung. Wohin fällt es? Ist es etwa verloren?

Die Antwort ist natürlich: nein! Es ist nicht verloren, es liegt in der verborgenen Kom-

petenz derjenigen, die das Schweigen codiert und geratet haben. Sie müssen diese Kompetenz als „native speakers“ mitbringen und nachvollziehen können, wem das Schweigen zugeschrieben wurden. Sie können dann einigermaßen gut (nämlich mit Interrater-Reliabilitätskoeffizienten von $r = 0.83$) codieren. Aber meine Überlegung zeigt, dass die empirische Forschung sich zwar subtil klinisch relevanten Momenten zuwendet und sie auf eine einleuchtende und interessante Weise untersucht, dass es aber andererseits ein überlagerndes Moment gibt, für das der Kliniker hohe Sensibilität haben muß und welches in der empirischen Forschung eher als Rater-Kompetenz *genutzt* wird. Es wird aber nicht selbst untersucht.

Dennoch muß man den Autoren zustimmen, wenn sie bemerken, dass diese Studie nicht nur Forschern neue Instrumente an die Hand gibt, sondern ihrerseits auch Klinikern hilft, ihre Kompetenz bei der Wahrnehmung des Schweigens und bei der Differenzierung verschiedener Formen zu unterscheiden. Ob es aber stimmt, dass Kliniker so „open a window into clients' internal processes“, wie es im Schlusssatz heißt, ist durchaus offen. Schweigen ist eine kommunikative Angelegenheit. Eine Sache von zweien.

VERÄNDERTE FUNKFREQUENZEN IN DER FORSCHUNG

Falk Leichsenring und Sven Rabung machen im gleichen Heft von „Psychotherapy Research“ nun noch einen Vorschlag zu veränderten Forschungsmethodologien. Ihre nüchterne und praktische Ausgangsüberlegung ist, dass die beständige Mituntersuchung von Kontrollgruppen in jeder einzelnen Studie sowohl hohe Kosten verursacht als auch in Langzeituntersuchungen kaum durchführbar, manchmal auch ethisch nicht vertretbar ist. Sie schlagen deshalb vor, die Kontrollgruppen in den verschiedenen, bisher bereits vorliegenden empirischen Studien ebenfalls zum Gegenstand von Meta-Analysen zu machen – und das ist ein so naheliegender und zugleich so origineller Gedanke, dass man die Autoren dazu nur beglückwünschen kann und sich fragt, warum niemand schon eher auf diese schöne Überlegung gekommen ist.

Und wie es die mittlerweile wohlvertraute meta-analytische Kompetenz von Leichsenring nicht anders erwarten lässt, wird dazu auch gleich eine erste Studie vorgelegt. Eingeschlossen in die Meta-Analyse wurden jene Studien, die ein „treatment as usual“ (TAU), eine Warteliste oder eine Placebogruppe als Kontrollgruppe auswiesen sowie einige weitere statistische Kennwerte wie Effektstärken und Vorher-Nachher-Standardabweichungen. 26 RCT-Studien (!), in denen *psychoanalytische* oder *psychodynamisch orientierte* Behandlungen verglichen wurden, werden meta-analysiert, wobei auch psychiatrische Patienten behandelt wurden. Es zeigte sich, dass die Effektstärken für

Wartelisten- und TAU-Gruppen gleichermaßen niedrig liegen (bei 0.10 bzw. 0.14) und sich nicht signifikant unterscheiden; unter Angabe einiger statistischer Komplikationen errechnen die Autoren für die Kontrollgruppen insgesamt eine Effektstärke von 0.12 – Psychoanalytische oder psychodynamisch orientierte Behandlungen bewirken somit nach dieser Meta-Analyse um ein Vielfaches höhere Effekte als Nicht-Behandlungen! Da in die Meta-Analyse mehr als 700 Patienten insgesamt eingingen und die Mehrzahl der mit Psychoanalyse behandelten Störungen hier eingingen, beanspruchen die Autoren „some representativeness“ (S. 601) für ihre Befunde. Weitere Studien müssen hier natürlich folgen, wie die Autoren anregen, insbesondere solche, die bestimmte Störungen und nicht eine Behandlungsmethode (wie hier) zum Ausgangspunkt nehmen. Insgesamt aber ist die Idee der beiden Autoren nur zu begrüßen und die ersten Befunde, an RCT-Studien ermittelt, zeigen, dass Psychoanalyse mehr kann als Wartelisteneffekte. Die böse Eyssenck'sche Unterstellung aus den 1950er Jahren, psychoanalytisch Behandelte unterschieden sich in nichts von Nicht-Behandelten und Erfolge gingen nur auf Spontanremissionen zurück, die immer noch in den Köpfen mancher Gegner herum geistert, ist damit vom Tisch. Endgültig! Eine neue Forschungsstrategie ist hier inauguriert, die als parallel zu RCT-Studien angesehen wird. Diese sollte bei neuen Methoden durchgeführt werden, wenn sie unter kontrollierten Bedingungen erprobt werden; hier aber geht es um Wirksamkeit im praktischen Feld. Die Daten über unbehandelte Kontrollgruppen könnten, so der weitere Vorschlag dieser Autoren, als normative Daten wie bei psychologischen Tests Verwendung finden und bilden eine Bezugsgröße, gegen welche die Effekte in neuen Studien dann vergleichend getestet werden können. Ich finde, was hier methodologisch vorgeschlagen und empirisch zugunsten psychodynamischer und psychoanalytischer Therapien ermittelt wurde, beruhigt ungemein in den verwirrenden Sounds von vielfältigen Stimmgeräuschen und Sendern auf einer Frequenz und dem Dauergebimmel berufspolitischen Drohgebells und anderer Nebengeräusche.