



---

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

# PSYCHO-NEWS-LETTER NR. 57

## EIN KLEINER LITERATURRUNDFLUG

Im Auftrag des Vorstands der DGPT

Verfasst von  
Michael B. Buchholz

Email: [buchholz.mbb@t-online.de](mailto:buchholz.mbb@t-online.de)

Mitte Juli 2007

### DER FALL VON RCT – ES GIBT ALTERNATIVEN

---

**F**orscher werden – mit kleinem f und mit großem F! Das könnte man als die Devise der Stunde bezeichnen. Ruhig forscher zu den aktuellen Debatten, etwa über Kinderkrippen Stellung nehmen – wo war die öffentliche Einmischung derjenigen, die über frühe Entwicklung forschen? Etwas forscher durchaus auch könnten die Bemühungen werden, sich von den Engstirnigkeiten einer ausschließlich RCT-orientierten Ausrichtung zu befreien. Während die einen noch meinen, strikte empirische Forschung allein werde die Psychoanalyse auf Augenhöhe mit den Erfordernissen der Zeit bringen, gibt es andere, die meinen, ja, man muß Forschung betreiben, aber eben schon über den Tellerrand der RCT-Verengungen hinaus. Im März dieses Jahres konnte ich auf der Nürnberger DKPM-Tagung mit **Horst Kächele** zusammen auf einem Podium die Frage „Technik oder Beziehung“ kontrovers diskutieren; **André Karger** fragte aus dem Publikum, wo wir die Zukunft der Psychotherapieforschung sähen? Ich war der Meinung, dass die Prozessforschung wahrscheinlich in die Richtung einer zunehmenden mikrosozialwissenschaftlichen Orientierung gehe, Kächele meinte, dass die Erfolgsforschung sich hin zu harten Kriterien entwickeln wird. Das war eine gute, gegenseitig zustimmungsfähige Ergänzung. Ob allerdings die RCT-Hierarchie die alleinseligmachende Doktrin sein wird? Daran kann

man – mit vielen anderen zusammen! - berechnigte Zweifel haben, wie ich im PNL vom Mai dieses Jahres und in manch anderen schon zu verdeutlichen versucht habe.

Der Forschungsorientierung werden mehrerlei Lasten aufgebürdet, was man klar sehen muß. Es geht ja nicht nur um Entscheide, ob diese Theorie oder jenes Fragment oder eine dritte Auffassung richtig oder falsch sei, sondern es geht durchaus auch um eine intellektuellere Atmosphäre an den Instituten. Forschung ist auch Instrument der Demokratisierung und war dies historisch betrachtet übrigens immer auch. Heroischer Prototyp ist **Galileo Galilei**, der sich unter Berufung auf seine Forschungen gegen die Autorität der Kirche stellte (und deshalb nur mit anderen Mitteln zum Schweigen gebracht werden konnte). So jedenfalls will es eine historisch nicht ganz korrekte Legende, aber das Prinzip stimmt ja wohl. Forscher müssen durchaus forsch sein können. Ein modernes Beispiel, so will ich hier nur nebenbei einfügen, lieferte **Herrmann Beland** in dem von **Ludger Herrmanns** herausgegebenen schönen Band VI der „Psychoanalyse in Selbstdarstellungen“ (2007). Beland beschreibt anschaulich, wie er vom Theologiestudium zur Psychoanalyse kam mit den Worten:

“Ich kann und muss alles psychologische Wissen empirisch überprüfen. Es klingt vielleicht erstaunlich, wenn ich diese Einstellung aus dem Theologiestudium mitgebracht haben will. Aber ich habe sie dort auf alle religiöse Erfahrung angewendet und mich bei allen theologischen Behauptungen durch die Authentizität der Erfahrung bestimmen lassen, die hinter der Behauptung lag (wenn überhaupt eine Erfahrung zugrunde lag). Diese Einstellung war in dem theologischen Behauptungssystem eine gute Orientierung. Sie war es noch viel gesicherter gegenüber den ‚Abkömmlingen des Unbewussten‘. Gewonnen habe ich die empirische Überprüfung von Wirklichkeit in Theorien wahrscheinlich in meiner überwiegend befriedigenden Stillzeit und verdanke sie wiederum meiner Mutter“ (S. 29f.)

Schön, dass eine solche empirische Haltung also nicht nur mit dem autoritären Paternalismus verbunden gesehen werden muß, sondern mit mütterlicher Sättigung. Das Wort „stillen“ in der deutschen Sprache enthält vielleicht ja beides: das Sattwerden – körperlich und bei beruhigter Erkenntnis. „Empirisch“ das ist dann eben nicht nur „knallhart“, sondern nähert sich an seinem weichen, dem mütterlichen Pol, der Erfahrung und Erfahrbarkeit an. Das ermöglichte Beland eine freie und offene Haltung auch gegenüber psychoanalytischen Glaubenslehren:

“Ich fand, dass die existierenden Begriffe, seien es die psychoanalytischen, die lerntheoretischen oder die neurowissenschaftlichen, jeweils erhebliche Mängel aufwiesen, und dass wir bisher nicht über eine klinische Theorie verfügen, die die strukturelle Setzung unbewusster Überzeugungen und Abläufe mit ihrer Macht über Psychosomatik und Hirnphysiologie wirklich verständlich machen kann“ (S. 23)

Das ist im Präsens formuliert und wohl auch so gemeint. Und deshalb ist Forschung auch in der lebensgeschichtlich dargelegten Überzeugung von Beland unverzichtbar. Aber sie kann abgepuffert sein, ohne Qualitätsverluste befürchten zu müssen. Ich setze deshalb hier die im PNL-55 angekündigte Thematik fort und begeben mich auf die Suche nach interessanten und attraktiven Alternativen, wie Forschung außerhalb der RCT-Zwangsjacke betrieben werden könnte. Denn diese Alternativen gibt es.

## DIE ÖFFNUNG FÜR ERFAHRUNG

---

Wo Empirie wie bei Beland in die Nähe der Erfahrung rückt, ist – weil Erfahrung ja nur von einer Person gemacht und gehabt werden kann - auch das Subjekt mit gemeint, das für eine Erfahrung bereit sein muß, die über Autoritätshörigkeit hinaus geht. Nur so kann man selbst eine Autorität werden, der

jener Mut zuwächst, Wahrheiten gegen Mehrheiten verteidigen zu wagen. Der Impuls, sich gegen Hierarchien zu wenden, richtet sich nicht nur gegen die im Mai-PNL beschriebene RCT-Hierarchie, sondern muß auch eine Innendimension in den Blick nehmen. Autorität gewinnt die Psychoanaly-

se zurück, indem sie tradierte Erfahrungen an eigenen überprüft, um sich die Erfahrungen der Tradition zu vergegenwärtigen.

In dieser Tradition stehend verknüpft **Otto Kernberg** in seinem zweiten Teil über „The coming changes in psychoanalytic education“ (Int. J. PsA., Feb. 2007) mehrere Gesichtspunkte miteinander:

“...I am proposing in this paper the simultaneous work on the content of the intellectual learning, the educational methodology, and the administrative structure of the educational institution” (S. 189)

Dieses Dreieck von intellektuellem Lernen, pädagogischem Vorgehen in der Lehre und Verwaltungsstruktur in unseren Instituten also soll auch von Forschung beeinflusst werden, wobei darunter eben mehr als RCT verstanden werden muß. Nämlich intellektuelle Offenheit, Neugierde, Theorie als Passion, Pflege von Kontroversen. Das vermisst Kernberg und geißelt das Versäumnis in scharfen Worten:

“I have pointed out that psychoanalytic education has been stagnant, become less attractive to leading members of the psychiatric and medical profession, not able to respond creatively to the challenge of competing psychological theories, psychotherapeutic approaches, and neurobiological - including psychopharmacological - developments. I also have suggested that the decrease in the respect and consideration for psychoanalysis is not simply a consequence of social and cultural bias but, to a significant degree, a consequence of elitism and even arrogance of psychoanalytic institutions. If all of this is true, then a major effort to increase the excitement of intellectual life in psychoanalytic institutes and societies is warranted.” (S. 188f.)

Das ist deutlich, weil Kernberg einerseits kritisiert, dass die Psychoanalyse stagniert habe und wenig attraktiv für andere medizinisch-psychiatrische Professionen wurde und zugleich Elitismus und Arroganz sich in den Instituten ausgebreitet haben. Wenn es so ist, wäre das ja in der Tat eine unguete Mischung von Anti-Intellektualismus und Hochmut, von Ignoranz und Dünkel, die auf andere abschreckend, ja abstoßend wirken müsste. Hier wird sich jeder selbst fragen müssen, wie er diesen Befund von

Kernberg beurteilt. Nur ein ehemaliger IPV-Präsident jedenfalls kann diese Dinge so forsch äußern, ohne sogleich gesteinigt zu werden.

Nun, was stellt sich Kernberg vor? Wie kann das genannte Dreieck von Forschung, Lehre und Verwaltung in Bewegung kommen? Dazu macht er, ein bisschen versteckt einen ansprechenden Vorschlag:

“The possibility, however, of attracting a leading research methodologist, who may help to transform questions raised throughout the seminar structure into workable research designs, including not only empirical research proper, but also clinical/naturalistic, historical, and hermeneutic research is eminently viable. The stimulation of candidates to explore and write about controversial issues may have an energizing effect for the institute at large” (S. 190)

Hier wird ein kleiner, aber feiner Vorschlag gemacht: Nämlich nicht nur „eigentliche“ empirische Forschung zu betreiben, also das „big business“ der empirischen Psychotherapieforschung mit Projektmanagement und Habilitationsversprechen, sondern im Gegenteil: die Kandidaten sollen angeregt werden, ihre eigenen Fragen zu entwickeln und dazu Forschung zu initiieren! Mir gefällt das, offengestanden! Dazu brauchen Kandidaten natürlich geeignete Lehre, Ermutigung, überhaupt Fragen zu entwickeln, Unterstützung bei der Umsetzung in ein Programm und manch anderes noch dazu. Kernberg folgt hier der Devise „small is beautiful“ und nimmt damit den Instituten die Angst, sie sollten nun auf einmal Forschung machen, ohne doch dazu die nötige Ausstattung zu haben.

Im Vorabdruck seines Beitrages zum Berliner IPA-Kongress im April-Heft der *Psyche* (4/2007) akzentuiert Kernberg in aller wünschenswerten Deutlichkeit, was er sich unter Forschung vorstellt:

“Ich habe von jeher mit Nachdruck die Ansicht vertreten, dass naturalistische, empirische, konzeptuelle, hermeneutische und historische Forschung hochgradig kompatible und komplementäre Ansätze sind und dass die Psychoanalyse ein breites Spektrum von Forschungsbemühungen unterhalten sollte.” (S. 381)

Es geht ihm also eindeutig nicht ausschließlich um jene Forschungen, die mit teurem Personal- und Verwaltungsaufwand allein von spezialisierten Forschungsinstitutionen zu realisieren wären. Ganz im Gegenteil will Kernberg

“die psychoanalytischen Institute ... veranlassen, *bona fide* einen Ausbildungsgang Forschungsmethodologie anzubieten und Forschungsvorhaben zu fördern.“ (S. 382)

Also, um es klar zu sagen: *in* den Instituten, *nicht außerhalb* der Institute! Forschung soll wieder eine Sache der Psychoanalyse werden und sie kann das leichter, wenn sie sich nicht von Forschungsfragen abkapselt, sondern sich mit Forschern verbindet, die ihrerseits universitär verkoppelt sind. Und die Institute

könnten einen nicht geringen Teil zur Ausbildung psychoanalytischer Forscher und Forschungsmethodologie beitragen – wenn wir nur forschen genug würden. Denn qualitative Forschung, die sich mittlerweile auf einem sehr hohen Niveau bewegt, kann sich natürlich gut mit klinischen Fragen verbinden und klinische Sensibilität verfeinern.

Nein, weniger ist also mehr! Die eigenen Fragen finden, die vorhandenen Mittel nutzen, einen offenen Blick für die Probleme entwickeln – das ungefähr weist einen Weg. Wie der beschränkt werden kann, dazu kann man sich in der Tat bei einigen sozialwissenschaftlichen Forschungserfahrenen Hilfe und Unterstützung abholen; das zusammen zu bringen, will ich hier versuchen.

#### NOCH EIN HINDERNIS...

Freilich, will man sich diesem lockenden Programm anschließen, muß man auch wissen, das ist nicht alles Honigschlecken. Warntafeln sind schon längst aufgestellt. Im Jahre 1988 erschien (in einem von **Lyman C. Wynne** herausgegebenen Band über „The state of the Art“) ein Beitrag von **David Reiss**, einem New Yorker Psychotherapieforscher, der im Titel die Frage führte, wie man denn Psychotherapieforschung betreiben könne, „...without dying of boredom?“ Langeweile – das ist vielleicht nicht nur als *l'ennui* ein Problem des französischen Existentialismus, sondern auch eine wohlbekannte Gegenübertragungsreaktion der meisten professionellen Kliniker, wenn sie sich mit Forschungsberichten befassen sollen. Dass hier auch ein Problem der Forscher selbst versteckt sein könnte, hatte der Soziologe **C. Bell** in einem Beitrag zu dem Band „Doing Sociological Research“ (1977) offen bekannt:

“I kept a very detailed diary for the first three months of the fieldwork; when I reread it now it still conveys to me the mixture of excitement and boredom we faced.” (S. 51)

Anthropologische Feldforscher sollten, wie andere Forscher auch, ein Forschungstage-

buch führen und darin also finden sich solche netten Bemerkungen, ein bisschen versteckt, doch für Leute, die sich beruflich mit Gegenübertragungsreaktionen befassen, selbst ein interessanter Befund. Warum macht das jemand? Und was für ein Kontrast zu den verheißungsvollen Hochflügen von Kernberg! Einerseits Hoffnungen auf intellektuelle Anregung, Förderung, Austausch; andererseits Zeiten gähnender Langeweile und Stagnation. Nun, es gibt einige Leute, die dieses Problem durchaus begriffen und erkannt haben und Bücher schreiben, die es direkt angehen. **Brian Roberts**, Biographieforscher und Kommunikationswissenschaftler an der Glamorgan University in Wales, betitelt sein Buch „Getting the Most out of the Research Experience – What Every Researcher Needs to Know“ (2007).

Das ist doch schon mal ein interessanter Titel, nicht? Und auch Roberts kennt das Problem der Langeweile:

“On the face of it, ‘quantitative’ research, at least for some potential practitioners, may appear dry, boring and routinised, and it does have its more mundane tasks. For instance, it can involve the administration of questionnaires, or waiting for the return of envelopes from a mail question-

naire – with any pleasure at receipt and thought of a good response rate tempered by the thought of more data input. Data analysis can seem a mountain to climb when faced with columns and rows of statistical data, formulae and test results to disentangle, requiring seemingly endless days at the computer desk processing the findings. ‘Qualitative’ work may have the aura of less certainty and seem to be more exciting – the researcher ‘in the field’ having a different, even more romantic persona than the ‘methodological technician’ in the research room, or the documentary researcher in the archive. Nevertheless, quantitative research strategies do have their pleasures and satisfactions...”(Roberts S. 18)

Ob also quantitativer oder qualitativer Forscher – mit solchen Problemen wie der Langeweile, der Frage nach dem Sinn des Tuns, der moralischen Signifikanz der Ergebnisse kämpfen beide Sorten von Forschern. Und das Buch von Roberts ist eines der ganz seltenen Exemplare, das diese Themen überhaupt wenigstens einmal nennt!

Dann wird analysiert, womit solche Probleme zusammenhängen können. Forscher haben bestimmte Rollen, die Probleme insbesondere dann bereiten können, wenn ein Forscher zugleich Praktiker ist. Forscher müssen ihre Projekte genehmigt bekommen, sie brauchen die Mitarbeit und Bereitschaft von Kolleginnen und Kollegen, sie müssen sie eventuell anleiten, was die Hierarchie an einer Institution empfindlich stören kann. Sie müssen Emotionen bewältigen, v.a. Einsamkeit, Angst und Stress. Mit britischem understatement heißt es in diesem Zusammenhang:

“Research can damage your physical and mental well-being; it can become an obsession, dominating your thoughts and your interaction with important others outside the work setting” (S. 46)

Forscher müssen, ob sie nun von außen in eine Institution kommen oder deren Mitarbeiter schon sind, Eindrucksmanagement betreiben. Sie müssen mit Misserfolgen rechnen; wer Projekte etwa in Gefängnissen gemacht hat, weiß ein Lied davon zu singen. Sie müssen ihre Projekte begründen – und dabei müssen sie nicht nur fasziniert sein von ihrem Thema, sondern auch in richtiger

Dosierung den Kooperationspartnern mitteilen, wie viel die zur Förderung der Karriere des Forschers beitragen. Sie müssen ihre Zeit zwischen „Feld“ und „Bibliothek“ einteilen; manche Dissertation ist am Festlesen gescheitert, andere an der phobischen Meidung des Lesesaals. Forschung muß schließlich präsentiert und publiziert werden – welche Namen stehen drauf? Welche Zeitschrift ist geeignet? In welcher Reihenfolge plant man das Aufmerksamkeitsmanagement? Forscher brauchen sogar „self-analysis“ (S. 70) und manchmal fungieren Forscher durchaus auch als effektive Organisationsberater, ja sogar als Therapeuten für manche Leute in der Institution (S. 148) Dem Überlegenheits-Hochmut der Forscher wird mit ein paar schön gesammelten Beispielen aus der Literatur die Spitze gebrochen. Unter dem Stichwort „postresearch contacts with participants“ findet sich das schöne Beispiel eines Sozialforschers, der Polizisten interviewt hatte. Als er einen der Befragten zufällig bei einer Party wiedertrifft, längst nach Abschluß und Veröffentlichung, erteilt der gestandene police officer ihm eine kleine, aber nachhaltige Lektion darin, was er alles im Interview *nicht* mitgeteilt hat und regt beim Forscher ein nachdenkliches Kopfkratzen über den Wert von Interviews und erst recht natürlich von Fragebögen an. Das sind heilsame Irritationen für allzu viel Selbstgewissheit und mir gefällt daran, dass es zugleich empirische Lektionen sind. Deshalb gibt es also empirische Erfahrungen erfahrener Empiriker mit all diesen Dingen, die hier an newcomer weiter gegeben werden, wenn die sich mit ihren ersten Problem herumschlagen.

Für all diese Fragen enthält das kleine Büchlein gute und praktikable Angaben und es findet, ich weiß nicht mehr auf welcher Seite, eine originelle Definition von Forschung:

“Research is a thinking person’s game”

Kann man es besser sagen? Wo gedacht wird, muß es Probleme geben, die denkend gelöst werden und so wird still die wichtige Botschaft eingeschmuggelt, dass Forschung nicht nur zur Lösung von Problemen, sondern durchaus auch zum Auffinden, ja sogar

zur Produktion von Problemen da ist. „Denken ist aus Scheitern geboren“, wusste 1949 schon der Sozialpsychologe **L.L. Why-**

**te**. Er war auch Philosoph und befasste sich mit „The Unitary Principles in Physics and Biology“.

#### ARTEN DES WISSENS

Und das alles kann man noch ein bisschen steigern, wie man dem Buch „Doing Practitioner Research“ von **Mark Fox, Peter Martin** und **Gill Green** (2007) entnehmen kann. Nicht das Scheitern, das Denken kann gesteigert werden. Das führen uns diese Autoren, Wissenschaftler am Department of Health and Human Sciences an der University of Essex, in ihrem Buch gleich auf den ersten Seiten vor, indem sie verschiedene Arten des Wissens unterscheiden. Die richtige Feststellung lautet:

“In reality, sufficient propositional knowledge in the form of research being available and accessible is the exception rather than the rule” (S. 27)

Das ist kein Wermutstropfen in den Forschungsoptimismus, sondern gültige Realitätsprüfung. Dass ausreichendes Wissen in der Form von Forschungsbefunden verfügbar sei, ist in der Tat eher die Ausnahme denn die Regel. Auch in der therapeutischen Praxis gibt es so viele Fragen, auf die man vergeblich eine Antwort in der Forschungsliteratur sucht! Soll man einem Patienten, der weint, ein Taschentuch reichen oder lieber warten, bis er darum bittet? In einem der diagnostischen Manuale ist festgelegt, dass Trauerreaktionen länger als zwei Monate nach dem Verlust der geliebten Person Hinweis auf eine Depression sind – was, wenn jemand ein paar Tage länger trauert? Oder zwei Monate mehr? Oder gar zwei Jahre? Pathologische Trauer – was *genau* ist das? Und je nachdem, wie man sich im konkreten Fall entscheidet: hat das Folgen für die Behandlungsstrategie oder nicht?

Es gibt solche Fragen en masse und es gibt zu ihrer Beantwortung kaum propositionales Wissen, das empirisch geprüft abfragbar irgendwo zur Verfügung stünde. Propositionen – das sind „Sätze“, die „aufzustellen“ das Ziel der Wissenschaft sei; ein Ideal, dem auch **Freud** sich verschrieben hatte. Dieses

Wissen findet sich in Lehrbüchern, die sich stark auf empirische Befunde stützen.

Aber Fox, Martin und Green kennen noch andere Arten des Wissens.

- *Process knowledge* bezieht sich auf die Entwicklung bzw. Inangasetzung eines Verlaufs: Manchmal ist Abwarten, manchmal aktive Stimulierung, manchmal indirekte Anregung geeignet, einen therapeutischen Prozeß in Gang zu setzen, den man kaum in Worten beschreiben könnte – aber man weiß, was zu tun ist und v.a. merkt man ziemlich sicher, wenn er *nicht* in Gang kommt
- *Personal knowledge* meint die persönliche Erfahrung: welche vorangegangenen Erfahrung habe ich mit Problemen der hier vorliegenden Art? Und wie kann ich meine eigenen Fähigkeiten am besten einsetzen? V.a. bezieht sich dieser Wissenstyp auf die interaktiven Komponenten des professionellen Tuns. Wie muß man jemanden „anpacken“ bzw. ansprechen? Das Gefühl für den „richtigen Ton“ ist hier vorrangig gemeint.
- *Value-based knowledge* bezieht sich auf die Wertung der persönlichen Erfahrung, aber auch natürlich auf solche Fragen wie die nach der „pathologischen Trauer“, denn hier muß eine Entscheidung im gegebenen Fall ja getroffen werden.

Diese drei Arten des Wissens fassen diese Autoren zusammen mit dem *propositional knowledge* als *Professional knowledge* zusammen. Aus den Ausführungen dieser Autoren könnte man insgesamt noch ein *organizational knowledge* anfügen. Jeder, der im Team gearbeitet hat, weiß, dass an manchen Tagen etwas „geht“, was an anderen Tagen „nicht geht“. Dass auf manchen Stationen mit einzelnen Kolleginnen oder Kollegen eine Kooperation möglich ist, die mit anderen nicht

einmal denkbar wäre und in manchen Kliniken geht wegen des Chefs gar nichts, was in anderen umstandslos gefördert würde. Aus all diesen Komponenten setzt sich professionelles Wissen zusammen. Es müsste nicht einmal formuliert werden, woran man bei dem Gebrauch des Wortes „Wissen“ meist denkt. Diese Autoren meinen eher, es handle sich um ein Wissen im praktischen Vollzug. Gute professionelle Kliniker integrieren ihr empirisches Wissen mit ihren Werten, ihrem Verständnis vom Prozess und ihren persönlichen Kompetenzen und nehmen dabei selbstverständlich die organisatorischen Umwelten in ihre „Gesamtrechnung“ dessen, was sie tun, mit auf – aber wenn man sie fragen würde, *wie* sie das ma-

chen, würden sie vielleicht ungeduldig oder würden sagen: Schau halt zu!

Daran erkennt man, dass das Wissen des professionellen Praktikers als umfänglicher gedacht wird als nur das propositionale Wissen des empirischen Forschers. Das professionelle Wissen ist der *container*, in welchem das empirische Wissen als ein Element neben anderen Wissensarten enthalten ist. Die RCT-Hierarchie denkt sich das empirische Wissen als die oberste Instanz, das professionelle Wissen aber umfasst das empirisch-propositionale Wissen als *eine* Komponente neben vielen anderen. Aus dieser Idee ergeben sich einige interessante Folgerungen, die auch für die deutsche Diskussion um die RCT-Hierarchie nicht ohne Bedeutung sein dürften.

#### FORSCHUNGSVARIATIONEN

Forschung kann z.B. als ein Prozeß der Organisationsentwicklung betrieben werden. Die Anregung lautet hier

“the solution to problems ... would not come from distant expert academic researchers but rather from practitioners, reflecting on and researching their own practice either individually or as a critical community or network” (S. 52)

Wäre also beispielsweise denkbar, dass an unseren Instituten Abschlussarbeiten geschrieben werden, die so etwas zum Ziel haben? Die eine Umfrage unter den Ausbildungsteilnehmern machen zu einer bestimmten Thematik? Die einen Unterrichtsstil in einem Seminar evaluieren? Die etwas über das Lernpotential kasuistisch-technischer Seminare in Erfahrung bringen? Vielleicht mit dem Befund, wie hilfreich das alles ist, vielleicht mit Ideen darüber, was an einem bestimmten Institut (nicht aber unbedingt an anderen) verbessert werden könnte? Ich vermute, dass Kernbergs Anregungen in eine solche Richtung zielen und aus Büchern wie den hier vorgestellten liesse sich das nötige Instrumentarium entnehmen.

Die Autoren widmen ein eigenes Kapitel dem großen und ernsten Thema „Evaluating your own Organisation“ und dabei heißt der

wichtigste Abschnitt „The Shadow Side of Organisations“. In allen Institutionen gibt es eine „soziale Unbewusstheit“, die aufgeschlüsselt werden unter dem Konzept einer „organisational culture“. Dazu gehören Fragen

- des *persönlichen Stils*,
- der *Gruppenzugehörigkeiten* (wer ist „in“ und wer ist „out“?),
- der *Institutspolitik* (was sind die offenen, was sind die latenten Ziele?)
- der *Entscheidungsbefugnisse* (v.a.: Wer entscheidet, wer entscheidet?)
- des „*rich picture*“, das man nur erhält, wenn man die „geheimen“ Gedanken der Mitglieder einer Institution mit ins Bild nimmt

Dabei freilich darf nicht vergessen werden, dass Institutionen keine „harten Realitäten“ haben, sondern selbst prozessual operieren, also nach Umständen und Gegebenheiten angepasst. Locker formulieren die Autoren:

„Instead organisations should be seen as complex messy systems that are forever changing“ (S. 62)

Natürlich können solche Forschungsabsichten schon im Stadium der Absichtserklärung

auf massive Widerstände stoßen, andere dann, wenn Ergebnisse bekannt gegeben werden sollen.

“How the research is reported is crucial. By creating a paper report the researcher is literally bringing the shadow side into the open. This is likely to make a number of stakeholders anxious!” (S. 74)

Das stimmt vermutlich; wenn nicht so „kommode“ Befunde über den Zustand einer Institution oder von Teilen bekannt würden, macht das die Repräsentanten dieser Institution *nervös*. Ja, darauf wird man sich einstellen müssen – aber soll man es deshalb lassen? Im Zusammenhang mit der RCT-Debatte wäre vielleicht umgekehrt die Vermutung zu diskutieren, ob nicht alle immer viel lieber über *die großen und wichtigen Fragen* die Köpfe zerbrechen, weil die kleinen-doch-so-konkreten-und-hausnahen Fragen irgendwie eine ungemütliche Stimmung aufkommen lassen.

Nun, eine andere Anregung folgt. Forschung könnte auch als „Ethical Research“ verstanden werden. Welches sind die ethischen Implikationen therapeutischen Handelns? In unseren Verbänden delegieren wir diese Fragen meist an Ethik-Kommissionen, weil darunter meist an Fälle gedacht wird, wenn sich irgendjemand unethisch verhält. Die Autoren des hier vorgestellten Buches freilich haben einen viel weiteren Horizont, den ich auf die therapeutische Praxis ungefähr so übersetze:

Ethische Probleme entstehen ja nicht erst, wenn jemand die stillschweigenden Gebote des guten Anstands oder des professionellen Habitus verletzt. Vielmehr wirken schon *innerhalb* der alltäglichen Praxis ethische Regulative, die von beträchtlicher paradoxaler Kraft sein können. Man denke nur an die Forderung nach Respekt vor der Autonomie des Patienten, womit die Idee verbunden ist, dass nichts geschieht, worüber ein Patient nicht wohlinformiert selbst entscheidet. Einverstanden. Aber machen nicht alle guten professionellen Praktiker Dinge, die diesem ethischen Ideal widersprechen, ja widersprechen müssen? Lenken wir nicht die Aufmerksamkeit etwa auf Themen oder auf

Details, die ein Patient eben noch im Gespräch als ausdrücklich „unwichtig“ abgetan hatte? Ist das eine Verletzung der Autonomie? Die dann seine Autonomie fördert? Und wenn es sich so verhielte – steckt da nicht eine ethische Paradoxie in der Handlungspraxis des professionellen Vollzugs, die Beachtung verdient? Aber es gibt keine empirischen Arbeiten, die sich solcher Themen

#### Lit.:

Weiss, C.H. (1986): The many meanings of research utilisation. In: M. Bulmer (ed.); Social Science and Social Policy. London (Allen & Unwin)

bislang angenommen hätte. Dennoch haben wir solche kleinformatischen Paradoxien alltäglich und entdecken deren ethische Sprengkraft erst, wenn irgendetwas entgleist. – Ein anderes ethisches Problem ist der empirisch mehrfach gesicherte Befund, dass eine einvernehmliche Beendigung einer Behandlung gute Behandlungsergebnisse begünstigt und über längere Zeit stabilisiert – wie verträgt sich das mit Eingriffen Dritter, die durch Wegfall der Finanzierung ein Ende erzwingen und dies manchmal nach dem Empfinden von Patient und Therapeut eben doch vorzeitig? Und um die Kehrseite gleich mit zu erwähnen: Die meisten Ausbildungsinstitutionen der meisten therapeutischen Schulen betreiben keine Evaluation – steckt da nicht auch ein ethisches Problem?

Mit diesen beiden sehr wichtigen großen Bereichen – Organisation und Ethik – geben die Autoren wichtige Anregungen für relevante Forschungsinitiativen auch im psychotherapeutischen Feld. In weiteren Kapiteln widmen sie sich Fragen der Durchführung von entsprechenden Projekten. Sie berichten dabei über eine Erfahrung, die gewiß von vielen geteilt werden wird: dass das Gelingen von entsprechenden Projekten an der Entscheidung über die *Forschungsfragen* hängt, die ihrerseits gebunden sind an *Forschungsabsichten, theoretische Grundlagen, technische Mittel* der Forschung und *Rahmenstruktur*. Mir würde es sinnvoll vorkommen, wenn sich in unseren Verbänden Gruppierungen fänden,

die Hilfen bei der Klarifizierung von Forschungsfragen geben könnten. Ist nämlich die Frage tatsächlich geklärt, folgen die weiteren Entscheidungen – qualitative oder quantitative Mittel?, mikro- oder makroprozessual?, und Anlehnung an welche Theorie? – meist relativ zwanglos. Viele gute Projektabsichten scheitern daran, dass die Forschungsfragen meist viel „zu groß“ gestellt werden. Die Kunst, handhabbare Fragen zu entwickeln, die in einer überschaubaren Zeit und mit gegebenen Mitteln bewältigt und in einen vorhandenen Kontext von Institution und Mitarbeitern bearbeitet werden könnten, ist Gold wert – und würde das Freudsche Junktim von Forschen und Heilen auf einen neuen Boden stellen.

Doch, das wäre schon etwas! Denn mit einem solchen Projekt käme man davon weg, Forschung ausschließlich als Dienstmagd für die Gesundheitsökonomie oder für die Berufspolitik instrumentalisieren zu müssen. Es gibt von **C.H. Weiss** ein Modell über „The many meanings of reserach utilisation“ (1986), das schlagartig verdeutlicht, wie unglaublich verengt die Debatte durch die RCT-Methodologie wurde.

Weiss nennt sieben Modelle der „research utilisation“:

- in einem *knowledge-driven model* geht es um die Generierung von Wissen, das dann genutzt wird, um neue technische Lösungen zu implementieren
- beim *problem-solving model* wird eine Forschungsfrage in Auftrag gegeben, um ein bereits identifiziertes, umschriebenes Problem zu lösen
- beim *interactive model* engagieren sich Wissenschaftler in einem kontinuierlichen Prozess mit Entscheidungsträgern um neue Forschungsprojekte hervorzubringen und sie begleiten den gesamten Forschungsprozess
- beim *political model* wird Forschung nur übernommen, wenn sie kongruent mit der größeren politischen Landschaft ist
- das *enlightenment model* erlaubt vielen Einzelnen wichtige Einsichten, aber sie gehen als einzelne unter und machen kei-

nen Unterschied. Veränderung entsteht erst aus einem konstanten Strom von Einsichten, Wissen und originellen Perspektiven

- beim *tactical model* kommt es weniger auf die Befunde an als darauf, dass überhaupt ausgewiesen werden kann, dass geforscht wird, weil damit Kritiken vorgebeugt oder Handlungen und Entscheidungen verzögert werden können
- Als *intellectual enterprise model* wird bezeichnet, wenn Forscher und politische Entscheidungsträger von Trends im populären Denken getrieben werden.

An dieser Stelle möchte ich noch einmal erinnern, was ich aus dem Buch von **Colin Robson** (2002) über *Real World Research* im Mai 2007 mitgeteilt habe: Die RCT-Methodologie ist in vielen Bereichen – außer der Medizin – den Nachweis schuldig geblieben, dass ihr Vorgehen überhaupt die erwarteten Entscheidbarkeiten erreicht. Dieser negative outcome der RCT-Methodologie ist von diesem Autor, ranghoher Statistiker der OECD in Paris, empirisch (!) dokumentiert. Denkt man an diesen Befund, könnte man vermuten, die RCT-Methodologie durchaus als dem *knowledge-driven model* zugehörig ansehen, aber auch dem *intellectual enterprise model*. Aber wie man diese Frage auch entscheiden wird: Deutlich ist in jedem Fall, dass ein breiterer, eben ein empirischer Blick auf die Forschungslandschaft selbst, wie er von C.H. Weiss etwa hier vorstellt wird, sofort deutlich macht, dass die Forschungspraxis selbst eine Reihe ganz anderer Forschungsmodelle hervorgebracht hat – und nichts zwingt uns sachlich, uns auf eines dieser Modelle und nur auf eines festlegen zu lassen. Ein solcher Zwang geht von den politischen Umständen aus und kann natürlich nicht ignoriert werden. Aber der Abgleich mit ganz anderen Forschungsmodellen – und weitere könnte man leicht anfügen – macht eben den *politischen* Zwang deutlich, der die Breite sachhaltiger Zugänge zur *Real World* unnötig und zu unserem Nachteil verengt.

### GIBT ES BEISPIELE, VORLÄUFER, VORBIL- DER ?

Wenn man fragt, ob es für diese Art von Forschung, die hier natürlich nur skizziert werden kann, bereits Vorläufer gibt, ist die Antwort eindeutig: ja! Ich will hier deutschsprachige Beispiele einmal ignorieren, weil mir daran liegt, zu zeigen, dass auch andernorts auf der Welt hochrangige und interessante Projekte gestartet werden, die sich nicht in die RCT-Zwangsjacke pressen lassen, aber Freude machen beim Lesen und Mut, es selbst einmal auszuprobieren.

Ein schönes, illustratives Beispiel ist die Arbeit von **S.W. Mercer, P.G. Cawston** und **A.P. Bikker** aus der Gegend um das schottische Glasgow. Diese Region ist wegen ihrer sozioökonomischen Benachteiligung ein wohlbekannter grauer Fleck auf der britischen Landkarte. Diese Autoren untersuchten, wie Patienten die ärztliche Primärversorgung durch Allgemeinärzte bewerten und was sie an ärztlicher Konsultation schätzen oder nicht. In ihrem Beitrag mit dem Titel „Quality in general practice consultations: a qualitative study of the views of patients living in an area of high socio-economic deprivation in Scotland“ (Family Practice 2007, 8, 22-31) berichten sie, wie die Frage untersucht wurde. Es wurden mit 72 Patienten sog. Fokus-Gruppen gebildet, in denen über die patientenseitige Wahrnehmung der Konsultationserfahrung in den allgemeinärztlichen Praxen gesprochen wurde. Die inhaltlichen Auswertungen der Ergebnisse belegen, dass es v.a. zwei Dimensionen sind, nach denen Patienten ihren Arzt beurteilen: Dessen allgemeine *Kompetenz* und dessen Fähigkeit zu ‚empathy and caring‘. Die Kompetenz hing v.a. davon ab, ob Patienten selbst (oder bei Angehörigen) erlebt haben, dass der Doktor hilfreich war. ‚Caring‘ bestand v.a. aus der Wahrnehmung, ob man beim Doktor reden konnte und ob er zuhörte, ob man als individuelle Person oder als ‚Fall‘ angesehen wurde, ob der Arzt das Gesamtbild verstand (also die gefühlten Zusammenhänge der Schilderung seines Patien-

ten) und ob seine Erklärungen verständlich waren. Hinzu kam, was die Autoren „relational continuity“ nennen, also die Fähigkeit sich langdauernd der Patienten anzunehmen und ausreichend Zeit aufzuwenden. Mit einem Wort – eine Unterstützung dessen, was **Michael Balint** vor vielen Jahren anregte.

**G.S. Duppils** und **K. Wikblad** aus Schweden berichten im *Journal of Clinical Nursing* (May 2007, 16, 810-818) über „Patients’ experiencing of being delirious“. Hierbei handelt sich es nicht um psychiatrische Patienten, sondern Menschen, die nach einer Hüftoperation über Wahrnehmungsstörungen und Bewusstseinsveränderungen klagen. Mit 15 von diesen Patienten wurden Interviews geführt und diese inhaltsanalytisch ausgewertet. Alle Patienten erleben diesen Zustand als eine plötzliche Veränderung des Realitätsbezugs, der sie hilflos macht; in einigen Fällen konnten Bezüge zu ‚unfulfilled physiological needs‘ hergestellt werden. Die entsprechenden emotionalen Begleiterscheinungen wurden als Angst, Panik und Ärger verstanden – und der Ärger ließ sich jedes Mal als zutreffend über unzureichende pflegerische Hilfen verstehen, freilich in symbolischer Weise ‚verdreh‘, eben nicht als offene Kritik von diesen Patienten geäußert. Die Patienten berichteten, sie träumten gleichsam mit offenen Augen. Ihre Delirien sind vielmehr so etwas wie ‚derivative Kommentare‘, indem sie innerlich Szenen erleben und berichten, die entschlüsselt werden müssen und sich dann auf Kontexte der Krankenhausversorgung beziehen lassen.

Eine andere Studie dringt stärker auf das psychotherapeutische Terrain vor. **J. Cunningham, J.A. Sirey** und **M.L. Bruce** aus Irland berichten unter dem Titel „Matching services to patients’ beliefs about depression in dublin, ireland“ (Psychiatric Services Mai 2007, 58, 696-699) über die Kontroverse zwischen biomedizinischen und psychosozialen Krankheitsmodellen – aber eben nicht

abstrakt, sondern darüber, wie sich diese Kontroverse in der Behandlungspraxis auswirkt. Nämlich auf Fremd- und Selbstwahrnehmung als stigmatisierte Menschen und auf deren Erleben von Hilflosigkeit. 18 erwachsene Patienten mit psychiatrisch relevanten Stimmungsschwankungen wurden mit qualitativen und quantitativen Methoden untersucht. Dabei stellt sich heraus, dass sie alle Zustände von Depression mit erheblichen Hilflosigkeitsgefühlen erleben. Den Wechsel zwischen Zuständen des Wohlbefindens und der Niedergeschlagenheit beschreiben alle mit einer Lichtschalter-Metaphorik; aber zugleich hätten sie keine Kontrolle über den Lichtschalter. Für alle bedeutet die Akzeptanz einer biomedizinischen Kausalität eine Vergrößerung ihrer Hilflosigkeit, während auf der anderen Seite spirituelle Glaubensüberzeugungen Hoffnungen bieten. Die Autoren schlussfolgern: Wenn man das Gefühl der Verantwortlichkeit dieser Patienten stärkt und ihre Wahrnehmung dafür stützt, entlastet man zugleich ihre Schuldgefühle. Das Gefühl, die eigene Erkrankung nicht kontrollieren zu können, beschädigt aber ihren „sense of agency“, verstärkt depressive Attributionsmuster und untergräbt allgemeine Outcome-Werte. Die Einbeziehung der Patienten in Behandlungsentscheidungen auch bei der Medikation sei entscheidend für den Behandlungserfolg. Denn hänge von der wahrgenommenen Hilflosigkeit, dem „sense of agency“ und der Verarbeitung der sozialen Stigmatisierung ab. Das beschriebene ethische Dilemma, inwieweit die Patienten-Autonomie auch durch eine im individuellen Fall *richtige* Medikamentengabe beeinträchtigt wird, wird hier deutlich und erweist sich als in der Praxis untersuchbar.

Ich erwähne diese Studien hier nicht, weil ich etwas über ärztliche Praxis aussagen möchte, sondern weil es mir eindrucksvoll erscheint, dass hier von Leuten ‚vor Ort‘ die eigenen Forschungen am eigenen Krankenhaus mit eigenen Patienten erbracht wurden und dann Veränderungen initiiert wurden, um Einfluß auf die lokale Praxis nehmen zu können. Im gleichen Heft von *Clinical Nursing* findet sich beispielsweise noch ein Bei-

trag darüber, wie das Pflegepersonal die Versorgung gerade älterer Menschen wahrnimmt – auch dies ein weiteres Beispiel für „small scale research“ innerhalb der eigenen regionalen Einflusszonen.

Bemerkenswert scheint mir weiter, dass dieser Typ von Non-RCT-Forschung, wenn ich mich einmal so verdreht ausdrücken darf, durchaus auch innerhalb der *Society of Psychotherapy Research* mehr Aufmerksamkeit findet. Das Stadium, dass qualitative Forschungen als Stiefkind der psychotherapeutischen Forschung aufgefasst wurde, liegt längst hinter uns.

**L. Timulak** berichtet in *Psychotherapy Research* (Mai 2007, 17, 305-314) sogar von einer qualitativen Meta-Analyse über Studien, die sich mit der Frage befassen haben, welche Ereignisse innerhalb der therapeutischen Interaktion von Patienten als ‚helpful events‘ aufgefasst werden. Zunächst einmal stellt er fest:

„qualitative analysis can be used to obtain a detailed description of a phenomenon and to identify central features or core categories of the studied phenomenon“ (S. 305)

um dann auf dieser Basis sein Ziel einer „rigorous secondary qualitative analysis of primary qualitative findings“ zu verfolgen. Zu den ‚significant events‘ innerhalb der Psychotherapie gibt es ausgedehnte Forschungen. Timulak fand sieben Studien, die eine offene Strategie verwendeten, um die Patientensicht zu ermitteln, was diesen als ein bedeutsames Ereignis in der Psychotherapie erschienen war. So kamen 590 ‚events‘ aus insgesamt 94 Behandlungen zusammen. Es zeigte sich, dass in manchen Studien bis zu 48 Kategorien für solche bedeutsamen Ereignisse verwendet wurden, in anderen nur 4 Kategorien. Timulaks inhaltliche Meta-Analyse dieser Studien reduziert die Gesamtzahl auf 9 Kategorien:

- (a) *awareness/insight/self-understanding*; diese Kategorie wurde in allen Studien gefunden und bezieht sich auf Erfahrungen, vom Therapeuten oder der Therapeutin einen ‚neuen Dreh‘, einen interessanten

- neuen Blick auf alte Themen und Sorgen gezeigt zu bekommen
- (b) *behavioral change/problem solution*; wurde nur in 4 Studien gefunden und bezieht sich darauf, wenn Patienten eine neue Verhaltensstrategie ausprobierten
  - (c) *empowerment*; wurde in drei Studien gefunden und läßt den Patienten Erfahrungen der Ermutigung oder der persönlichen Höherentwicklung berichten
  - (d) *relief*; wurde in drei Studien gefunden und bezieht sich auf Erfahrungen der Erleichterung, wenn etwa vom Therapeuten Verurteilung erwartet und stattdessen Entlastung erlebt wurde
  - (e) *exploring feelings/emotional experiencing*; wurde in vier Studien gefunden und bezieht sich darauf, wenn der Patient neue Gefühle entdeckte
  - (f) *feeling understood*; wurde in vier Studien gefunden und bezieht sich auf Erfahrungen, vom Therapeuten verstanden worden zu sein
  - (g) *client involvement*; wurde in drei Studien gefunden und zeigt das Erleben des Patienten, aktiv in die Therapie involviert worden zu sein
  - (h) *reassurance/support/safety*; wurde in allen sieben Studien gefunden und bezieht sich besonders auf Erfahrungen der nonverbalen Unterstützung und Wärme, etwa durch einen Blick
  - (i) *personal contact*; wurde in drei Studien gefunden und bezieht sich auf Erlebnisse, worin der Therapeut weniger als Arzt oder Therapeut in seiner Rolle, sondern eher 'like a close fellow human being' erlebt wurde

Insbesondere die letztere Kategorie läßt einen an **Daniel Sterns** *Now moments* denken (siehe meine PNL 17 und 29) und gibt zugleich eine annähernde Einschätzung über die Häufigkeit dieses signifikanten Ereignisses. Offenbar kommt das nicht in allen Behandlungen vor. Bemerkenswert scheint auch die Feststellung des Autors:

“What is interesting, however, is that these processes and impacts were found across therapeutic approaches, which indirectly backs up a meaningfulness of psychotherapy integration” (S. 312)

In der Tat, wenn man an Freuds Empfehlungen über verhaltenstherapeutische Maßnahmen bei der Phobie denkt, kann einer solchen Einschätzung zustimmen; wenn man hört, dass *personal contact* und *insight* in allen therapeutischen Schulen vertreten ist, darf einen das doch optimistisch stimmen, muß aber natürlich jeden Alleinvertretungsanspruch relativieren.

Sehr weit in ihren Forschungen vorgedrungen erweist sich **Lorna Smith Benjamin** in ihrem neuen Buch *Interpersonal Reconstructive Therapy. An Integrative Personality-Based Treatment for Complex Cases*. Diese Autorin ist v.a. durch ihre Entwicklung der SASB-Methode bekannt geworden (=Structural Analysis of Social Behavior). Mit dieser Methode erwiesen sich therapeutische Dialoge nach im wesentlichen zwei Dimensionen klassifizierbar: Die sog. Affiliationsachse beschreibt die Dimension von Nähe/Distanz oder auch Liebe bzw. Ablehnung, die Interdependenzachse beschreibt die Ausübung von Macht bzw. Unterwerfung. Diese Dimensionen konnten verfeinert und zu einem raffinierten Codierungssystem ausgearbeitet werden, so dass typische Muster der Verwicklung in therapeutischen Dialogen beschreibbar wurden. Damit hatte die Autorin durchaus einen erheblichen Beitrag auch zu dem geleistet, was als Relationale Psychoanalyse beschrieben wird. Die Auffassung nämlich, dass menschliche Probleme insgesamt als solche der menschlichen Beziehung beschrieben werden können.

Diesem Grundgedanken bleibt die Autorin auch treu, wenn sie die Interpersonal Reconstructive Therapy (IRT) beschreibt; man findet wohlvertraute psychodynamische Denkweisen wieder vor, die hier auf die Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen angewendet werden. Es geht um psychiatrisch-stationäre Patienten, die wenigstens fünfmal in ihrem Leben stationär bereits aufgenommen worden waren, meist wegen Suizidalität – also eine Klasse von Patienten, vor der die meisten Therapeuten doch erheblich zurück zucken.

Die Autorin möchte klinische Weisheit so lehrbar wie irgend möglich machen, um die gesammelten Erfahrungen weitergeben zu

können, eben nicht nur das *propositionale* Wissen. Mit den Patienten wird ein 90-minütiges Interview zu Behandlungsbeginn geführt, das aufgezeichnet und intensiv studiert wird. Ziel ist die Erstellung einer „case formulation“, der folgende Annahmen zugrunde liegen:

- (1) Problematisches Verhalten, schwierige emotionale Zustände und seelische Konflikte mit ihren Symptomen sind Ausdruck dessen, das Bindungen gescheitert sind. Identifikation („imitation“) ist eine weitgehend unterschätzte, aber wahrscheinlich ubiquitäre Determinante menschlichen Erlebens und Verhaltens, das in drei Formen auftritt: a) wie ein Anderer sein, b) handeln, als wäre der Andere noch anwesend, c) sich selbst so behandeln, wie man behandelt wurde. Denkt man bei dem Anderen an Menschen, die einem Patienten in irgendeiner Form Übles wollten oder taten, leuchtet einem diese Beschreibung sofort ein und man kann Bezüge zur psychoanalytischen Abwehrlehre, etwa zur Identifikation mit dem Aggressor oder zu Freuds Text über den Narzissmus von 1914 leicht herstellen. Zugleich macht es die Sichtweise von Benjamin leichter, das Gemeinsame dieser verschiedenen Theorieteile zu sehen, wenn sie die *imitation* als einen *copy process* auffasst. Tatsächlich kopieren Menschen mit einer schweren Störung vielfach andere in einer karikaturartigen, übertriebenen, anspielungsreichen, verzerrten oder direkten Weise. Das ist eine Erfahrung, die Familientherapeuten gut bestätigen können.
- (2) Bindung ist eine mächtige Determinante menschlichen Verhaltens. Der Wunsch, die Bestätigung oder Liebe von ‚caregivers‘ zu erhalten inspiriert Loyalitätsbindungen oder auch Anhänglichkeiten an Regeln und Werte selbst dann, wenn diese für die Person schädlich oder extrem nachteilig sind. Ist bei den Identifikationen die Bindung gescheitert, so ist hier die Liebe gescheitert. Übereinstimmung mit den so geliebten Menschen avanciert zu einem höheren psychischen Wert als

Selbsterhaltung oder Selbstachtung; für schwerer gestörte Menschen ist es oft wichtiger, seelische Nähe bis zum Selbstverzicht aufrecht zu erhalten, um Billigung zu erfahren. Benjamin spricht von den *Important Persons and their Internalized Representations (IPIRs)*. Aus psychoanalytischen Tradition wäre hier natürlich v.a. an **Fairbairn**, aber durchaus auch an **Winnicott** zu erinnern.

- (3) Es gibt einen Parallelismus zwischen Kognition, Verhalten und Affekt. Dieser Parallelismus erklärt etwa, warum medikamentöse Behandlung, die auf die Veränderung des affektiven Erlebens zielt, auch Verhaltensänderung oder Denkweisen beeinflussen kann oder warum Verhaltensänderungen Wirkungen im affektiven Erleben haben oder warum Einsichten dann Verhaltensänderungen und andere affektive Regulierungen nach sich ziehen. Eine Behandlung, die auf Persönlichkeitsstörungen zielt, ändert auch Symptome der Depression, der Angst oder des Ärgers – und so gewinnt Benjamin einen eher ganzheitlichen Ansatz zurück, der die klinischen Bilder nicht in Komorbiditäten zerstückelt. Denn die Persönlichkeitsstörungen würden im DSM auf Achse II, die genannten Symptome auf Achse I abgebildet.

Diese Grundannahmen werden in Fallformulierungen unbedingt beachtet. William etwa ist der Fall eines Mannes, dessen Vater ihn so schlug, dass die Unterkieferzähne sich durch die Lippe bohrten und er beißt sich selbst heute so sehr in die Haut, wenn er in affektive Erregung gerät, dass er jedes Mal ärztlich behandelt werden muß. Die Fallformulierung nimmt nun die Annahmen über den *copy process* auf und beschreibt, wie William während der Perioden des Selbstattackierens ein internalisiertes Szenario erlebt, und im Laufe der Behandlung ihm immer deutlicher wird, wie sehr er die Werte und Loyalitätsbindungen an seinen Vater verinnerlicht hat. Immer noch will er seine Treue dem Vater beweisen, auch wenn er bewusst eine gewaltige Wut auf den Vater erlebt. Der schwierigste Teil in der Behand-

lung ist die Schaffung einer psychischen Distanz zwischen ihm selbst und der Bindung an die *Important Persons and their Internalized Representations* (IPIRs). Alle Behandlungsschritte werden anschaulichen Graphiken als Konflikt zwischen dem „regressive loyalist“ und dem „Growth Collaborator“ beschrieben und an vielen weiteren Beispielen sehr schön und überzeugend veranschaulicht.

Ihre Schulung an Transkriptmaterial lehrt die Autorin viele Dinge, die man manchmal in klinischen Darstellungen vermisst, die man aber aus der therapeutischen Praxis wohl kennt. Jedem sind Patienten vertraut, die weniger erzählen, als vielmehr Überschriften des Erlebten formulieren und auf diese Weise ihr eigenes Erleben und Nacherleben sparsam und die therapeutischen Interventionsmöglichkeiten karg halten. Hier gibt es eine bestimmte therapeutische Aufgabe, nämlich diese Patienten anzuregen, detailreicher zu werden – an den Details hängt der Affekt! Aber Benjamin weiß auch:

„In general, the more specific the narrative, the better the therapy. But, as usual, good procedures can be used in destructive ways. Specificity is no exception“. Asking for more and more specific details must be clearly relevant to the

case formulation. There are times when asking for specific details is contraindicated because it is not relevant to the case formulation and also will needlessly diminish the patient's self-esteem“ (S. 84)

Eine ganze Reihe von solchen Regeln wie die über die Anregung zu Detailreichtum von Narrativen werden aufgestellt, aber zugleich auch eine Art übergeordnete Regel, wonach alles immer in Bezug auf die Fallformulierung Sinn machen müsse. An Transkriptbeispielen aus einzelnen Behandlungen werden diese dann erläutert, so dass Leser eine anschauliche Vorstellung davon bekommen, was unter solchen Regeln zu verstehen sei, aber auch, wann sie besser nicht angewendet werden.

Mir will scheinen, hier liegt ein Buch vor, das ähnlich wie das von **Thomä** und **Kächele** besprochene „Ulmer Lehrbuch“ (siehe meinen PNL – 52) die Devise verfolgt, Einzelfallanalysen mit konzeptuellen Klärungen zu verbinden. Die Ausführungen dieses Programms unterscheiden sich nicht wenig, selbstverständlich; aber zugleich ist klar, dass die Einsicht zunimmt, dass small scale research hilfreicher ist als das Big Business der millionenschweren Studien.

## FORSCHER WERDEN ...

Es gibt gute Beispiele für die beschriebene Art von Forschung, man muß sich nicht in die RCT-Zwangsjacke einbinden lassen. Dafür finden sich weitere Beispiele in einem Buch von **Marion Dadds** und **Susan Hart** (2001) mit dem Titel *Doing Practitioner Research Differently*. Die Autorinnen, Professorinnen in Lancaster und in Cambridge, haben sich zum Ziel gesetzt, solche Forschungsarbeiten hier zu sammeln, die von jüngeren angehenden Forschern unternommen wurden. Eine Arbeit greife ich heraus, die Arbeit von **Joe Geraci** heißt *Towards an understanding of autism: an outsider's concept to get inside*.

Nun, wenn man etwa die Diskussion in der Internet-Zeitschrift *Forum Qualitative Sozialforschung* (<http://www.qualitative-research.net/fqs/fqs.htm>) liest, einer für jedermann zugänglichen Zeitschrift in englischer, deutscher und spanischer Sprache, die von der DFG gefördert wird, dann kann man etwas verfolgen, dass hier auch Versuche diskutiert werden, Befunde nicht im rituellen Schema von „Introduction – Method – Procedure – Results – Discussion“ zu präsentieren, wie das für empirische Arbeiten meist der Fall ist. Es gibt durchaus würdige Versuche, ästhetisch ansprechendere Präsentationsformen zu suchen. In diesem Sinne beginnt auch Joe Geraci mit einer kleinen persönlichen Reflexion:

“the first question I can recall asking my mother concerned automobile windscreen wipers” (S. 49)

die der Autor benutzt, um damit die Erfahrung zu dokumentieren, dass er eine „my world story“ unweigerlich zum Ausgangspunkt nimmt, um der Welt des Autismus zu begegnen. Natürlich hat er eine Menge zum Autismus gelesen, was man seiner unpräzisen Darstellung leicht anmerkt, aber er findet auch, wie wenig ihm das im Umgang mit solchen Menschen geholfen hat.

Als Praktikant besucht er eine gesonderte Abteilung für solche Menschen und begreift schnell, wie diese Absonderung mit zur Aufrechterhaltung dessen beiträgt, was doch behandelt, therapiert, geheilt werden soll. Er entdeckt „the culture of autism“ (S. 57) und zu seiner Zufriedenheit findet er auch etwas Literatur zu diesem Thema. Doch dann entdeckt er auch, dass es schlecht zueinander passt, wenn es für solche Kulturen „Experten“ gäbe. Die Experten nämlich begrüßen sich in einer von ihm geschilderten Szene, mit Umarmungen – und werden dabei von den Autisten beobachtet -, als man sich zu einem gemeinsamen Ausflug trifft. Aber niemand begrüßt auf die gleiche Weise die Autisten. Doch, einer berührt den Autor am Arm – und das ist eine ergreifende Szene. Hier entschließt sich der Autor „to write in the narrative mode“. Die Narration erlaubt noch dem Leser Teilhabe.

Natürlich fügt der Autor auch hier Ausschnitte aus Transkripten an, die seine Schlussfolgerungen sehr schön belegen. Nicht über „den“ Autismus, aber über die Interaktion mit so bezeichneten Menschen. Irgendwas ist an diesen Schilderungen anders als man es üblicherweise in empirischen Berichten liest und ich meine, es wäre doch fabelhaft, wenn auch darüber, über die präsentativen Stil-Differenzen Forschungen durchgeführt würden. Es ließ sich ja in diesem Psycho-News-Letter sehen, dass es durchaus verschiedene Arten des Wissens gibt, dass eine breite Variation von Forschungsmodellen beschrieben wird, dass das Problem der Langeweile bei allen Arten von Forschern bekannt und vertraut ist und man kann sehen, dass es höchst lehrreiche Spielarten der Ergebnispräsentation gibt - warum sollten innovative Impulse zur Lösung aus dem RCT-Zwang nicht auch von unseren Instituten ausgehen? Genügend Kompetenz ist doch überall versammelt, wir müssen nur forscher werden.