

PSYCHO-NEWS-LETTER NR. 14

EIN KLEINER LITERATURRENDFLUG

Im Auftrag der DGPT

von

Michael B. Buchholz

Mitte November 2003

ZURÜCK ZUR FORSCHUNG

Nachdem ich in den letzten beiden Psycho-News-Letters mir einen Rundflug über das Musikalische erlaubt habe, fühle ich die Notwendigkeit, wieder zu den harten Tatsachen des Psychotherapeutenlebens zurückzukehren. Ich hoffe natürlich dennoch, dass die Exkursionen zu den Bezügen zwischen Musik und Psychotherapie wenigstens einen Anregungswert hatten; immerhin ist die Frage des Kulturellen in der Psychotherapie ja nicht von der Hand zu weisen – Psychotherapie ist nicht nur eine Sache medizinischer Intervention, sondern auch kultureller Lebensstil(!)e und des Verstehens fremder, eigen-artiger Lebensentwürfe und praktizierter Eigensinnigkeiten, die sich in Symboliken und individuellen Stilformen artikulieren. Daß wir in diesem Sinn das Künstlerische nicht nur sehen, sondern davon auch bei den empirischen Forschern zu hören bekommen, scheint mir eine erfreuliche Entwicklung.

Die Deutschen scheinen mit ihren Themen in den internationalen Journalen derzeit mächtig vertreten. Drei von 5 Originalartikeln in „Psychotherapy Research“ (Heft 3 des 13. Jahrgangs, 2003) stammen aus deutschen Forschungsgruppen und sind erkennbar von der besonderen berufspolitischen Landschaft inspiriert. Der Aufsatz von **Carl E. Scheidt, Thorsten Burger, Sandra Strukely, Armin Hartmann, Kurt Fritzsche** und **Michael Wirsching** aus Freiburg untersucht die Zuweisungsprozeduren von 24 privaten psychotherapeutischen Praxen (14 Frauen, 10 Männer) über einen Zeitraum von 12 Monaten. Spielen soziale Stereotypen – die berühmten YAVIS-Patienten (young, attractiv, verbal, intelligent, social/sexy) – bei der klinischen Entscheidung eine Rolle oder kognitive Prozesse? 238 Patienten, die auf eine Behandlung warteten, wurden in die Studie eingeschlossen. Erhoben wurden Therapeuten- und Patien-

ten-Charakteristik, OPD-Urteile und ein besonderer „treatment selection questionnaire“ entworfen. Eine Faktorenanalyse der Daten ergibt drei Faktoren, die als „psychological mindedness“, „motivation“ und „therapeutic resonance“ interpretiert werden. 226 Patienten wurden in die Studie eingeschlossen, von ihnen erhielten 70 eine Kurzzeittherapie (man erkennt leicht das deutsche System, also Ziffer 871); 55 erhielten eine Langzeittherapie, also entweder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (872) oder Analyse (877). 94 Patienten wurden nicht für eine Behandlung angenommen. Nach einer längeren Vorbesprechungszeit von bis zu 6 Interviews wurden also 58,4% in Behandlung übernommen.

Die angenommenen Patienten zeichneten sich

Empirische Forschung in der Psychotherapie:
„Psychotherapy Research“
Zeitschrift der Internationalen „Society of Psychotherapy Research“ (SPR)
Heft 2 und Heft 3 aus dem Jahr 2003

Weitere Literatur wird weiter unten besprochen ...

in allen drei Faktoren durch höhere Werte aus und hatten einen Job, manchmal auch nur Teilzeit. Die psychiatrischen Diagnosen (ICD) oder Beschwerdefragebögen unterschieden nicht zwischen den Gruppen! Vergleicht man die Annahme zur Langzeit- mit der zur Kurzzeittherapie, dann ist für erstere das Vorliegen eines intrapsychischen Konflikts ausschlaggebend, doch derjenige Faktor der am besten zwischen lang- und kurzzeitiger Behandlungsentscheidung diskriminierte ist die therapeutische Resonanz. Generell beruht die Übernahme in eine Behandlung jedoch auf der eingeschätzten und wahrgenommenen Behandlungsmotivation eines Patienten. Die Autoren überlegen, dass dabei viel-

leicht die Prognoseerwartungen der Therapeuten eine wichtige Rolle spielen könnten. Daß die Diagnose praktisch keine Rolle spielt, wird von den Autoren als bemerkenswert registriert. Obwohl sie ihre Untersuchung mehrfach als nicht-repräsentativ einschätzen, äußern sie dennoch die Vermutung, dass Therapeuten in der privaten Praxis sich zu sehr auf ihre Intuition verlassen „instead of on objective disorder-related characteristics“ (302). Nun, diese Schlussfolgerung ist gewiß zweischneidig. Denn Diagnosesysteme sind alles andere als „objektiv“ – schon im messtheoretischen Sinne nicht. Und gegen diese Kritik kann man leicht einwenden, dass psychotherapeutische Behandlung eben etwas anderes ist als Verabreichung des Therapie-Medikaments bei bestimmten Störungen. Ich kann nichts Verwerfliches darin erkennen, wenn Therapeuten die Möglichkeiten einer langfristigen Kooperation einzuschätzen suchen, denn was anderes sind die genannten Faktoren kaum. Verwerflich wäre, wenn die abgewiesenen Patienten keine Behandlung erhielten, aber das ist nicht untersucht worden, weshalb ich auch die Kritik, in der privaten Praxis erhielten die Patienten jene Therapie, die dem Therapeuten am meisten zusage „instead of referring them to the best-suited therapy“ (S. 302) nicht nachvollziehbar finde. Das ist eine Wertung, kein empirischer Befund; das ist ein Vorurteil, für das die eigene Untersuchung dieser Autoren *keine* Belege bringt! Denn dann hätte man ja untersuchen müssen, was mit den nicht in Behandlung genommenen Patienten geschieht – das ist aber gar nicht untersucht worden! Vielleicht darf man hin und wieder vermuten, dass auch bei den empirischen Forschern die Tugend der Neutralität ein update verdient hätte? Daß Therapeuten wissen möchte, ob der Patient Sinn für Psychologisches hat, dass er motiviert ist und eine gewisse sym- und empathische Resonanz auslöst – das ist doch nichts anderes, als was eine auf längere Zeit ins Auge gefasste Kooperation braucht. So zu verfahren zeigt die Verantwortlichkeit der Therapeuten. Diese Dinge sind übrigens von anderen Forschungen – ich darf auf den PNL-7 verweisen – durchaus empirisch in der Sicht, die ich hier vertrete, bestätigt worden.

Ludwig Teusch, Hildegard Böhme, Jobst Finke, Markus Gastpar und Bettina Skerra stellen eine Studie über antidepressive Medikation in Verbindung mit Psychotherapie vor. Untersucht wurden 76 Patienten mit entweder depressiven Störungen, Ängsten oder Essstörungen (4 Patienten). Theoretische Grundlage war die Assimilationshypothese von **William Stiles**: Danach gibt es unterschiedliche Grade der In-

tegration von Erfahrungen, die von völliger Verdrängung/Ignoranz über allmähliche Wahrnehmung „unerwünschter Gedanken“ hin zu „Problemwahrnehmung und -formulierung“ und schließlich zu „Problemlösung“ und „mastery“ führen. In dieser Skala lässt sich also ein Prozeß beschreiben, der von völliger Verleugnung „unerwünschter“ Gedanken, Erlebnisse und Gefühle bis zu deren Integration reicht; man könnte auch sagen, diese Skala differenziert sehr fein aus, was im klinischen Jargon als Übergang von der paranoid-schizoiden in die depressive Position bezeichnet wird. Es gibt noch einige Zwischenstufen.

Der erwartete „additive Effekt“, der aus der Behandlungskombination von Medikamenten mit Psychotherapie resultieren müsste, konnte jedoch nicht bestätigt werden. Die Annahme, dass schwierige biographische Erfahrungen unter der Bedingung der Kombination leichter assimiliert werden könnten, stimmt also nicht; unter Medikamentengabe kommt es vielmehr zu einem „significant delay of assimilation in several measurements“. Die primäre, aber auch die komorbide Depression wird durch Psychotherapie allein am ehesten gebessert! Es gab keinen additiven Kombinationseffekt auf den verwendeten Depressionsskalen 6 Wochen nach Behandlungsbeginn, am Therapie-Ende und auch nicht bei der Katamnese nach einem Jahr. Vielmehr erreichte die rein psychotherapeutische Behandlung die besten Ergebnisse!

Zwei Fragen werfen die Autoren auf: Warum erhielten Patientinnen überhaupt mehr Medikamente? Und warum waren darunter mehr mit Persönlichkeitsstörungen? „Do females appear more helpless?“, fragen sie dann gleich mit Verweis auf die Interaktion zwischen Diagnostiker und Patientin. Hierin könnte man übrigens einen Hinweis darauf sehen, dass die Objektivität der Diagnoseinstrumente eben so objektiv nicht ist; weibliche Reize beeinflussen den Diagnostiker ohne jeden Zweifel, aber er erfasst sie in seinem Diagnoseschema nicht. Die Autoren finden: „Psychotherapists may be pleased with these results“ (319).

Andreas Mühlberger, Georg Wiedemann und Paul Pauli aus Würzburg bzw. Tübingen untersuchen die einmalige virtuelle „reality exposure“ bei der Flugangst. Das ist eine verhaltenstherapeutische Studie. 45 Patienten erhielten eine Behandlung, wobei die Exposition gegenüber der Angst auslösenden Situation mal mit kognitiver VT kombiniert wurde und mal nicht. Die Katamnese reicht bis zu einem halben Jahr nach Behandlungsende. Es zeigt sich, dass die alleini-

ge Exposition die Flugangst nachhaltig reduziert. Nun, das ist ein schönes Ergebnis – aber die Frage nach der Relevanz darf gestellt werden. Wieviele Patienten mit Flugangst „only“ (also „sonst nichts“) sehen Sie in Ihrer Praxis? Die Ausschlusskriterien in dieser Studie waren nämlich, dass Patienten sich nicht in Psychotherapie befinden durften, keine Herzerkrankungen haben durften – soweit methodisch ok. Aber sie sollten auch keine Psychosen haben oder keine Depressionen und sie sollten auch nicht schwanger sein. Sie wurden in die Studie aufgenommen, wenn sie die DSM-Kriterien für spezifische Phobie erfüllten und „clear fear of flying“ zeigten – aber da würde man gerne wissen, was das ist? In welchem Sinn handelt es sich denn um Patienten? Liegt eine Behandlungsnotwendigkeit vor? Daß Verhaltenstherapien keineswegs im Eiltempo leisten, was für andere lange Zeit beansprucht, zeigt gleich eine andere deutsche Studie von **Brockmann** und Kollegen, die von Psychoanalytikern und Verhaltenstherapeuten gleichermaßen handelt, aber auch von solchen Doppelautoren verfasst wurde. Zuvor aber noch das Heft von „Psychotherapy Research“ zu Ende, es gibt noch Interessantes darin.

Beobachtungen, was Psychotherapeuten leisten, sind im Einleitungsbeitrag dieses Herbst-Heftes von „Psychotherapy Research“ deutlich mitgeteilt. Hier stellt **Per Hoglend** aus Oslo sein Forschungsprogramm vor. Er kommt zu dem Schluß, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen oder mit einer Geschichte von schlechten Beziehungen zur Erreichung stabiler Veränderungen mehr als 35 Sitzungen Psychotherapie brauchen, wahrscheinlich bedeutend mehr. Aber der Reihe nach.

Hoglends Ausgangspunkt ist die Untersuchung der Frage, ob Übertragungsdeutungen die entscheidende therapeutische Variable bei Kurz- und Langzeittherapie sind? Hoglend erwähnt mit einem Beispiel das Gemeinte: „You told me about your colleague doing less than her share of the job, which gives you a headache. This may be an allusion you have that I don't do my share of the analytic work. It may be difficult for you to say this directly to me“ (S. 272). Lassen wir die Meinungsverschiedenheiten darüber, was das für eine Art von therapeutischer Äußerung ist, ruhig beiseite. 43 Patienten wurden untersucht, Katamnesen bis zu 4 Jahren nach Behandlungsende. Im Schnitt wurden 6 Übertragungsdeutungen pro Sitzungen gegeben bei Patienten, die als „highly suitable“ für dynamische Kurztherapie angesehen wurden. Das Ergebnis ist, dass es keine Effekte zwischen „suitability“ für KZT und dem „outcome“ gibt, wohl aber einen „ne-

gative main effect of persistent analysis of transference with regard to dynamic change“ (275). Es wurden dabei nicht nur korrelative, sondern durch die angewandte Regressionsanalyse kausale Effekte untersucht – die Sache ist also ernst. Die von **Hoglend** angeführte Forschungsgruppe war von diesem Befund selbst überrascht. Weitere Studien, die von **Hoglend** hier zusammengefasst werden, haben deshalb in größerer Detaillierung gezeigt, dass häufige Übertragungsdeutungen insbesondere im Rahmen von KZT (!) eher die defensive Haltung des Patienten verstärken als die Einsicht und Selbstexploration zu fördern. In diesen Studien zeigte sich auch, dass das Ergebnis von KZT abhängig ist von der Beziehungsgeschichte der Patienten. Haben sie vergleichsweise positive Beziehungserfahrungen profitieren sie deutlich mehr von KZT und können ihre Ergebnisse auch über längere Zeit stabilisieren als wenn sie negative und schädliche Beziehungserfahrungen erdulden mussten. Es zeigte sich dabei auch, „that effects of more sessions in patients with personality disorders may not be evident by termination or even at a 1-year follow-up, which is the time point typically used in psychotherapy research designs“ (S. 279). Um schwere Störungen erfolgreich zu behandeln braucht es mehr als 10 Sitzungen (das ist nämlich mit KZT bei **Hoglend** gemeint) und die Effekte der Behandlung zeigen sich erst später – später als bei dem üblichen Ein-Jahres-Katamnese-Zeitpunkt.

Nun geht dieser Forscher einer interessanten Frage nach: Zwar können schnelle und zu frühe Übertragungsdeutungen erhöhten Widerstand produzieren. „On the other hand, could it be that the early ‚spontaneous‘ transferences of patients with low-quality interpersonal relationships may take on a ‚pathological‘ form that is suitable to early transference interpretations?“ (S. 281). Hier zeigt sich nun: nimmt man die schwerer gestörten Patienten in die Untersuchung und überlässt ihnen den Zeitpunkt, wann sie die Therapie beenden wollen, dann haben sie die besseren und stabileren Ergebnisse und Übertragungsdeutungen schaden nicht! Es handelt sich also um ein kompliziertes Zusammenspiel von Persönlichkeitsmerkmalen des Patienten, Dauer, Behandlungstechnik und Ergebnismessungen. Etwas resigniert schreibt dieser erfahrene Forscher nach langen Jahren: „psychotherapy research is in its infancy with regard to uncovering the specific mechanisms that create and maintain change“ – Wenn die Forschung also noch in den Kinderschuhen steckt, dann ist vorlaute Kritik an den Erfahrungen der professionellen Praktiker eher im Ton zu dämpfen.

In einer weiteren, 1994 begonnenen und 2001 beendeten Studie wurde an 100 Patienten der Einfluß moderater Übertragungsdeutungen verglichen mit „no use of transference interpretations“. Auch über dieses Projekt berichtet **Hoglend** hier. Die Ergebnisse sind, dass bei schwerer gestörten Patienten längere Therapien stabile Besserungen erbringen und dass dabei Übertragungsdeutungen hilfreich sind. In einer methodischen Besinnung heißt es dann: „Research on transference interpretations (and other interpretations as well) needs to move beyond simple frequency counting and the study of effects. We need to include measurement of contextually sensitive intervention-response sequences ...The effect of interpretations may be dependent on several characteristics of the interpretations themselves: accuracy, or the degree to which an intervention is congruent, accurate or consistent with an independently derived psychodynamic formulation about the patient; affiliation; or the degree of love versus hostility communicated to the patient through the intervention; and content, or which dynamic conflict or person components are included in the intervention...“ (S. 283). Hier sind wir mit diesen Beschreibungen, was genau untersucht werden müßte, im handfesten Kern der empirischen Forschung also, wieder bei den musikalischen Komponenten angelangt – der Ton der Übertragungsdeutung macht die therapeutische Musik! Der Kontext, in dem **Hoglend** diese Besinnungen vorträgt, lässt erkennen, dass er sein eigenes Ergebnis, wonach Übertragungsdeutungen bei KZT nicht hilfreich seien, selbst eher skeptisch sieht; er würde vielleicht zugestehen, dass er im Nachhinein nicht genau weiß, was da eigentlich untersucht wurde und dass man deshalb das Ergebnis nicht verallgemeinern dürfe.

Dieser Beitrag erscheint zwar in „Psychotherapy Research“ als ein „Early Career Award“-Paper, stammt aber aus der Feder eines Erfahrenen. Und er liefert ein erfreuliches Beispiel dafür, wie sehr sich dem erfahrenen Forscher die eigenen Befunden relativieren und wie notwendig es ist, darüber zu kommunizieren, ohne vorschnelle politische Konsequenzen zu ziehen. „The research base is too sparse to give firm guidelines for the use of therapist techniques in dynamic psychotherapy“ (S. 286). Diese Mahnung zur Zurückhaltung in berufspolitischen Folgerungen ist nicht nur auf die eigene Forschungsbasis gemünzt, sondern gilt aus **Hoglend's** Sicht allgemein. Zwei Ergebnisse aber hält **Hoglend** für aussagbar: Übertragungsdeutungen bleiben bei bestimmten Patienten-

gruppen auch bei empirischem Zugriff sinnvoll (auch wenn man nicht so genau weiß, was als „Übertragungsdeutung“ empirisch untersucht wurde); und „Einsicht“ in die eigenen Probleme erscheint erst bei mindestens zweijährigen Kattamnesen als ein wirkungsvoller Therapie-Effekt. Wenn sie aber erscheint und von den befragten Patienten angegeben werden kann, dann ist sie sogar der stärkste Prädiktor für die allgemeine Veränderung Besserung zum Messzeitpunkt 4 Jahre nach Therapieende. Langzeit-Therapien also brauchen, wie auch die Sandell-Studie gezeigt hat, Untersuchungen langfristiger Nach-

Ein bemerkenswerter Satz aus der Arbeit von Hoglend:
 „The research base is too sparse to give firm guidelines for the use of therapist techniques in dynamic psychotherapy“

wirkungen (und dann eben sind psychodynamische Therapien nicht so schlecht wie ihre Presse).

Das kann dann auch wieder die deutsche Studie

von **Franziska Geiser u.a.** (ebenfalls aus „Psychotherapy Research“, Herbst-Heft 2003) bestätigen, die sich mit dem Abwehrmechanismus der Wendung gegen das eigene Selbst bei stationären Patienten befasst. Hier wurden 65 Patienten mit Depressionen, psychosomatischen und Essstörungen mit den entsprechenden Fragebögen zu den Abwehrmechanismen, aber auch mit der SCL-90 untersucht. Alle zeigten hohe Ausgangswerte bei der „Wendung gegen das Selbst“, aber die Patienten mit den höchsten Werten konnten sich am meisten auf das therapeutische Setting einlassen, wenn die therapeutischen Interventionen diesen speziellen Abwehrstil erreichte. Unter dem Einfluß solcher therapeutischen Maßnahmen erzielten sie sogar die besten Erfolge.

Wenden wir uns weiteren deutschen Studien zu; die Reproduktion der „consumer reports“-Studie von **Sebastian Hartmann** und **Siegfried Zepf** war schon im Sommer-Heft von „Psychotherapy Research“ erschienen. Erinnern Sie sich? **Martin H. Seligman** hatte 1995 im „American Psychologist“ eine spektakuläre Studie publiziert, die durch Befragung von mehreren tausend Psychotherapie-„Kunden“ zustande kam. **Bruno Waldvogel** hatte 1997 im „Forum der Psychoanalyse“ ausführlich darüber berichtet. Spektakulär war der Befund, dass Patienten mit ihren Therapeuten zufrieden waren, wenn sie selbst das Ende der Behandlung bestimmten konnten, spektakulär war, dass unausgebildete Hausärzte oder Berater als weniger zufriedenstellend erlebt wurden als ausgebildete Therapeuten, weiter, dass Psychotherapie im Vergleich mit der

bloßen Gabe von Medikamenten als deutlich überlegen und hilfreicher empfunden wurde. Spektakulär aber war, dass ein „harter“ empirischer Forscher, Seligman selbst, eine öffentliche Kehrtwendung weg von dem „Gold standard“ der gruppenstatistischen designs in der Psychotherapieforschung vollzog.

Hier liegt nun eine deutsche Replikation dieser amerikanischen Studie vor, auch hier kommt die Sicht der behandelten Patienten deutlich zu Wort. Es wurde der in der Originalstudie verwendete Fragebogen in einer deutschen Übersetzung verwendet und von der Stiftung Waren-test avisiert, die um Meldung von Interessierten warb. 2147 vollständig ausgefüllte Fragebögen kamen nach der Veröffentlichung in der „test“-Zeitschrift zurück und konnten evaluiert werden. Die Ergebnisse zeigen klar, dass die Befunde der Originalstudie von Seligman auch auf deutsche Verhältnisse übertragen werden können:

86% aller Patienten (in Klammern die Zahlen von **Seligman**: 87%), die sich vor Behandlungsaufnahme als „sehr schlecht dran“ einschätzen, profitierten sehr gut, gut und befriedigend. Das ist der sog. Zwei-Drittel-Regel (wonach Forschungsbefunde meist zeigen, dass es zwei Dritteln der Patienten nach Therapie besser geht) deutlich überlegen. Es gab eine klare positive Beziehung zwischen Behandlungsdauer und Ergebnis. Keine Unterschiede ergaben sich, wenn „Psychotherapie allein“ mit „Psychotherapie + Medikamente“ verglichen wurde. Denen, die nur Psychotherapie erhielten, ging es leicht besser. Das entspricht dem amerikanischen Befund; Medikamente sind weitaus weniger hilfreich als

behauptet. Auch unterschieden sich die verschiedenen Berufsgruppen (Psychologen ärztliche Psychotherapeuten) in den Ergebnissen nicht voneinander. Während bei **Seligman** die Hausärzte einen ganz guten Job bei kurzzeitigen Behandlungen machten, kommen die deutschen Hausärzte insgesamt nicht so gut weg – sowohl bei kürzeren als auch bei längeren Behandlungsarrangements. Die professionellen Psychotherapeuten sind signifikant besser – hier hat man ein empirisches Argument gegen die, die die Behandlung der Depression (durch Psychopharmaka) v.a. in hausärztliche Hände legen wollen. Die verschiedenen therapeutischen Schulen produzieren in den Zufriedenheitsbekundungen der Patienten keine signifikanten Unterschiede. Der negative Effekt von Außensteuerung – externe Festsetzung eines Beendigungszeitpunktes v.a. – reproduzierte sich allerdings auch in der deutschen Studie. Patienten wollen offenbar international selbst bestimmen wollen, wann die Sache zu Ende geht. Deutsche männliche Patienten haben aber leicht schlechtere Ergebnisse als die hier behandelten Patientinnen – das war auch bei Seligman anders. Das könnte mit einer deutlich negativeren Einstellung deutscher Männer gegenüber ihren Störungen erklärt werden, meinen **Hartmann** und **Zepf**. Frauen sind mehr „psychologically minded“ und suchen eher therapeutische Hilfe als Männer. Angeregt wird, hieraus Präventionsprogramme zu entwickeln.

Ansonsten aber können wir auf eine Replikation blicken, die wichtige Befunde der Seligman-Studie aufs Beste bestätigt.

EIN NATURALISTISCHER VERGLEICH VON PSYCHOANALYSE UND VERHALTENSTHERAPIE

Nun aber zu der schon angekündigten bemerkenswerten Studie von **Joseph Brockmann, Thomas Schlüter, Dennis Brodbeck** und **Jochen Eckert**. Sie ist ebenfalls naturalistisch angelegt und vergleicht psychoanalytische mit verhaltenstherapeutischen Behandlungen. Diese Hamburg-Frankfurter-Studie – die an der Studie teilnehmenden Psychotherapeuten stammen aus Hamburg und Frankfurt – ist im „Psychotherapeut“ 2002 und in PPM 2003 publiziert worden. Eine übersichtliche Kurzfassung ist im „Psychotherapeutenjournal“ (Sept. 2003) erschienen.

Interessant ist, dass nicht nur Therapeuten verschiedener Schulen vergleichend untersucht

wurden, sondern auch Forscher der beiden Richtungen die Autoren der Studie sind, die zudem von einem Gesprächstherapeuten Supervision erhielten – ein vorbildliches Bemühen um Objektivität also. Denn diese Autoren wissen von den Tendenzen der empirischen Forschung, eben jene Daten „herauszubekommen“, die man selbst hinein gesteckt hatte, für jene Schule Bestätigung zu ermitteln, der man sowieso den Vorzug gibt. Vielleicht ist es kein Wunder, dass sie am Ende ihrer Darstellung feststellen, dass es keine „Gewinner“ gibt.

Aber es gibt aufschlussreiche Beobachtungen und Befunde. 31 Patienten wurden mit VT, 31 mit PsA behandelt. Bei VT dauerten die Behand-

lungen im Mittel 63 Sitzungen, bei PsA waren es im Mittel 185. Es handelt sich um depressive und angstgestörte Patienten, deren Diagnose durch ein Fremdinterview gesichert wurde. 4 Erhebungszeitpunkte waren vorgesehen: bei Behandlungsaufnahme, nach einem Jahr, nach 2,5 und nach 3,5 Jahren. Für eine diagnostische Vergleichbarkeit der Patienten wurde genau gesorgt, aber die Patienten unterscheiden sich hinsichtlich anderer Merkmale.

Den Autoren fällt auf, dass auch Verhaltenstherapeuten für ein Drittel ihrer Langzeittherapien bis zu 80 Sitzungen benötigen (Kassendaten), während VT in den empirischen Studien und Meta-Analysen immer nur mit „bis zu 20“ Sitzungen erscheint; unter naturalistischen Bedingungen also vielleicht zu gut wegkommt. Ihre Literaturrecherche erbringt übrigens einige Befunde zu Langzeittherapien beider Richtungen.

Was nun die mittlere Dauer der Behandlungen in dieser Studie betrifft, so stellen sie fest, dass nach 2,5 Jahren 55% der VT-Behandlungen noch nicht abgeschlossen waren, nach 3,5 Jahren sind es immerhin noch 16%. Der Mythos, dass VT schneller ihre Ziele erreiche, wird hier unter naturalistischen Praxisbedingungen erschüttert. Dafür spricht auch das folgende Ergebnis: Nach 2,5 Jahren wechselten 60% der PsA-Patienten, gemessen mit dem SCL-90, in die Normpopulation, während es bei VT nur 43% waren. Nach 3,5 Jahren sind es bei PsA sogar 80%, bei VT nur 47%!

Es wurde außerdem am Ende jeder Therapie untersucht, wie Verhaltenstherapeuten ihre Techniken beschreiben; sie greifen auf zahlreiche schulenfremde Techniken (wie gesprächstherapeutisches oder hypnotherapeutisches Vorgehen zurück, nutzen rational-émotive „Elemente“, „bauen“ neurolinguistisches Programmieren „ein“) und so wird die in anderen Zusammenhängen schon oft geäußerte Vermutung gestützt, dass VT in der Praxis gar nicht mit den Lernprinzipien auskommen kann! Verhaltenstherapeuten müssen zwangsläufig auf andere Methoden zurückgreifen. Die Frage, ob es überhaupt Verhaltenstherapie in Reinform gibt (außer in manchen Studien) darf durchaus verschärft gestellt werden; wo VT draufsteht ist offenbar noch manch anderes „drin“. Psychoanalytiker in dieser Studie beschreiben hingegen ihr Vorgehen als theorie-homogen.

Die VT- und PsA-Patienten unterscheiden sich wenig hinsichtlich ihrer Diagnose, aber in anderen Dimensionen. VT-Patienten kommen häufiger fremdmotiviert, d.h. vom Arzt überwiesen, sie stellen sich als symptombelasteter dar

und sie zeigen sich häufig vor Behandlungsbeginn schon auf Medikamente eingestellt. PsA-Patienten haben einen etwas höheren Bildungsstand, kommen selbstmotiviert oder auf Anraten von Freunden und nehmen weniger Medikamente. Hinsichtlich der Dimension „Aufarbeitung der eigenen Vergangenheit“ als einem Behandlungsziel unterscheiden sie sich am deutlichsten. Die Autoren nehmen bezüglich des Zuweisungsmodus an, dass es hier eine „Passung“ gibt, die unter naturalistischen Bedingungen die Entscheidung für eine Behandlung bestimmt – eine Kritik, wie sie **Scheidt et al.** an der vermeintlich fehlenden Objektivität von niedergelassenen Praktikern üben, wird hier gar nicht formuliert. Kritisiert wird vielmehr das „objektivistische“ Verfahren von Studien, die zuweisen, wo Patienten wählen möchten (und ihre Therapeuten auch).

Aber auch wenn VT-Patienten sich in dieser Studie als symptombelasteter darstellen, so zeigt sich doch etwas Bemerkenswertes: Sie legen nämlich, ebenso wenig wie die PsA-Patienten, besonders Wert auf die Symptombeseitigung. Das hat gar nicht die höchste Priorität! Sondern ihnen kommt es auf die Bewältigung ihrer Selbstwertproblematik an. Mit dem „goal attainment“-Skalierungsverfahren wurden nämlich Therapieziele zu Anfang, aber auch zu den anderen Messzeitpunkten erhoben und, für einen Kliniker keineswegs erstaunlich, diese änderten sich im Prozeß! Das hat eine Forschung, die sich bislang überwiegend auf Kurzzeitbehandlung kaprizieren musste, noch nicht in den Griff bekommen können. Die ermittelten Therapieziele wurden in Kategorien eingeteilt und dann zeigt sich die Veränderung: Patienten möchten im Laufe ihrer Therapie „zwischenmenschliche Konflikte“ besser handhaben können, sie wollen mehr und mehr ihre „Geschichte aufarbeiten“ und ihre Selbstwertkonflikte besser regulieren. Daß die je gewählte Therapie ihnen bei der Erreichung ihrer Ziele geholfen habe, schätzen Patienten beider Gruppen übrigens gleich hoch ein. Und als kleine Raffinesse fügen die Autoren noch an, dass die Patienten im Katamnese-Interview gefragt wurden: Es gäbe die Aussage, dass Therapie v.a. in den ersten 30 Sitzungen helfe. Ob sie dieser Aussage zustimmen würden? Hier war die Zustimmung bei den VT-Patienten am höchsten.

Therapieziele zu ändern – ist das ein Akt der Resignation? Nein, erklären die Autoren deutlich, denn auch Therapeuten der VT messen der Symptombeseitigung nicht die höchste Priorität zu. In dieser Studie war der Grad der Zielerreichung nämlich bei den aufgegebenen Zielen hö-

her als bei den Zielen, die beibehalten oder während der Behandlung neu entdeckt wurden. Ich würde gerne anfügen, dass die Veränderung von Therapiezielen vielleicht selbst als ein Indikator für den Behandlungserfolg gewertet werden könnte; Patienten, die in einer Psychotherapie ihre Erwartungen an die Therapie nicht verändern, können eigentlich nicht erfolgreich behan-

delt worden sein, oder? Diese einfache Überlegung zeigt, wie schwierig es in der Tat ist, Ziele aufzustellen und den Erfolg daran zu messen – Ziele selbst sind Teil einer Dynamik, die unter den Einfluß der Behandlung gerät. Teil also auch einer konflikthaften Psycho-Dynamik, die Patienten in die Behandlung treibt.

WEITERE BEITRÄGE AUS DEUTSCHLAND IN INTERNATIONALEN GAZETTEN

ZUR GESCHICHTE DER PSYCHOANALYSE

Das „International Forum of Psychoanalysis“ – nicht zu verwechseln mit dem „International Journal of Psychoanalysis“ – wird von der „International Federation of Psychoanalytic Societies“ (IFPS) herausgegeben; namhafte Autoren haben hier publiziert und tun es auch jetzt wieder. Thema des Doppelheftes 2-3 des Jahres 2003 beschäftigt sich mit der Geschichte der Psychoanalyse, genauer und fast ausschließlich mit der Geschichte der Psychoanalyse während des Dritten Reiches.

Der Vorsitzende der internationalen Gesellschaft zur Erforschung der Geschichte der Psychoanalyse, der Franzose **Alain de Mijolla**, ein, wenn nicht *der* beste Kenner auf diesem Gebiet, untersucht die Geschichte während der Zeit der Besetzung Frankreichs durch deutsche Truppen. Frankreich sei in eine „deep psychoanalytic silence“ während der 4 Besatzungsjahre gefallen, die Institute schlossen und die Zeitschriften stellten ihre Publikationen ein. **Sascha Nacht** und **Paul Schiff** gingen in den Widerstand, einige wie **Loewenstein** oder **Marie Bonaparte** emigrierten und andere wie **Daniel Lagache** konnte ihre Forschungen fortsetzen, weil ihm die Universität von Straßbourg, die selbst nach Clermont-Ferrand emigriert war, Schutz bot. **René Laforgue** kooperierte mit den Besatzern, was in der Zeit danach zu seinem Ausschluß aus jener Gruppe führte, von denen einige Mitglieder bei ihm in Lehranalyse gewesen waren; dennoch hielten einige von diesen als Einzelpersonen zu ihm. Nach 1945 entstanden der französischen Psychoanalyse dann neue herausragende Figuren in **Sascha Nacht** und **Jacques Lacan**, doch die spaltenden Konflikte entluden sich dann in der Trennung von 1953.

Von den deutschen Autoren wird **Wilhelm Reich** nach wie vor umkämpft. **Bernd Nitzschke** spitzt in seinem „Forum“-Beitrag die zentrale Frage darauf zu, ob die Psychoanalyse

„zerstört“ oder „gerettet“ wurde? Klar scheint mittlerweile, dass **Wilhelm Reich** von seinem zwischen **Boehm**, **Jones** und **Anna Freud** mit Vater **Sigmund** im Hintergrund geplanten Ausschluß vollkommen überrascht gewesen ist. Der Beitrag von **Lore Reich Rubin** aus Pittsburgh zeigt, wie erbost die Mehrheit der Psychoanalytiker über den Marxismus Reichs war, was sich in wachsenden Feindseligkeiten entlud – und wirft die Frage auf, warum **Anna Freud** und **Ernest Jones** eigentlich so klammnistisch agieren mussten, um ihn auszuschließen? Ihre politischen Ziele hätten sie mit einem offenen Vorgehen leichter erreicht und dazu, so Rubin, wohl auch eine mehrheitliche Unterstützung gefunden. **Rubins** Sympathien gehören **Reich** – weshalb sie die Einstellungen **Annas** bezüglich der Gegenübertragung aber auch zur Sexualität einer kritischen Durchmusterung unterzieht.

Die Geschichte der Psychoanalyse in Österreich wird von **Johannes Reichmayr** und **Elke Mühlleitner** für englischsprachige Lese hervorragend gezeichnet. Beide Autoren sind ausgezeichnete Kenner und deutschen Lesern aus ihren hiesigen Veröffentlichungen wohl bekannt. Wien hatte ab 1933 Berlin in seiner Rolle als „Hauptstadt der Psychoanalyse“ abgelöst mit dem Ergebnis, dass die Wiener Psychoanalytiker sich schon in der Zeit vor der Besetzung, also vor 1938, in einer fragwürdigen politischen Abstinenz übten. Diese Autoren sprechen von der „destruction of psychoanalysis“, deren letzter Akt dann die deutsche Besetzung gewesen sei. Die Wiener Analytiker seien auch keineswegs frei von den antijüdischen Affekten der Nazis gewesen, aber sie mussten dennoch fliehen. Wenige um **August Aichhorn** verblieben, zogen sich zurück und bauten nach dem Krieg auf, was noch vorhanden war.

Über die Wiener Psychoanalytische Vereinigung und wie dort um die Psychoanalyse gerungen wurde, erfährt man auch Interessantes im Heft 32 der Zeitschrift „Luzifer-Amor“, die sich

bekanntlich ganz der Geschichte der Psychoanalyse widmet. **Achim Perner**, der sich dem Verbleib von **Aichhorn** in seinem Beitrag zuwendet, beschreibt in zwei längeren Abschnitten die grundlegenden Schwierigkeiten beim Studium der Quellen. Eindeutigkeit nämlich ist nicht zu haben, je mehr man über die kolossal schwierige Lage der Analytiker damals erfährt, umso mehr widerraten einem eindeutige Wertungen. Während **Bernd Nitzschke** entschieden für **Wilhelm Reich** Partei nimmt – was ihn ehrt, aber sich nicht immer aus den Quellen belegen lässt – mahnt **Perner**: „Wir finden gerade bei den Autoren, die ein unterschiedenes Urteil äußern, dass sie entweder die eine oder die andere Seite der Geschichte aus den Augen verlieren oder für bedeutungslos halten. Die methodische Strenge der historischen Forschung muß dann offenbar der Strenge des moralischen Urteils weichen“ (S. 20). Das ist eine präzise Beschreibung; man möchte als richtig oder falsch urteilen können und kann es nicht – und wir haben schon gesehen, dass dies Problem der Umbuchung methodischer in moralische Strenge nicht nur für die historische, sondern auch für die psychotherapeutisch-empirische Forschung gilt. Bei **Perner** kann man übrigens genau beschrieben finden, mit welcher Raffinesse sich **Aichhorn** den Problemen stellte, die sich etwas ergaben, als von ihm verlangt wurde, einen Vortrag über die Psychotherapie im nationalsozialistischen Staat zu halten; er zitierte einfach 8 Seiten lang aus einer Rede des Reichspressechefs Dr. Dietrich und kam dann auf die praktischen Probleme der Psychotherapie zu sprechen, wo er der Meister war. Das ist im besten Sinne: Tücke des Subjekts im totalitären Staat.

Hervorragend ist im Heft des „International Forum“ der Einführungsbeitrag des Gastherausgebers **Zvi Lothane** aus New York. Er stellt gleich nüchtern fest: „Like members of other establishments, analysts are political beings but they tend to shy away, or repress, intramural discussions about psychoanalytic politics with the result that such matters have been taken over by so-called psychoanalytic dissidents and scholars in the field...“ (S. 85). Die Ausdifferenzierung politischer Fragen, deren Ausgliederung auch von Forschungsfragen aus dem eigentlichen Strom psychoanalytischen Denkens wäre dann selbst ein politischer Akt mit der Wirkung politischer Apathisierung bzw. Herstellung wissenschaftlicher Inkompetenz bei den sogenannten „Praktikern“ – so erweitere ich sogleich **Lothanes** Argument.

Zur politischen Apathie trage übrigens die Vorstellung bei, man könne politische Vorgänge

mit der Individualpsychologie erklären. Lothane äußert sich klar: „The great political and ideological movements that have shaped the world we live in - marxism, fascism, leninism, stalinism, and nazism – cannot be understood with the help of individual dynamics alone“. Sein Aufsatz hält einige Überraschungen, etwa über **Freuds** Einstellung gegenüber den Nazis bereit, die auch schon im Buch von Brunner („Psyche und Macht – Freud politisch lesen“, Klett-Cotta 2001) erwähnt sind, etwa, dass **Freud** die Nazis für weniger gefährlich hielt als die katholische Kirche.

ZUR PSYCHOANALYSE DER GESCHICHTE

Klaus Fink aus Ulm ist seinerseits dem Thema nahe. Seine Arbeit ist im „International Journal of Psychoanalysis“, August 2003 erschienen.

Er untersuchte 64 Überlebende von Konzentrationslagern und kommt zu dem vollkommen überzeugenden Schluß, dass diese Erfahrungen derartig überwältigend sind, dass ihre persönliche Geschichte oder Psychopathologie zur Erklärung bzw. Deutung der Persönlichkeitsveränderungen nicht herangezogen werden könne. Über 81% der Überlebenden nämlich zeigen eine beinahe gleiche depressive Struktur – und die Vorgeschichte spielt in der pathoplastischen Ausformung so gut wie keine Rolle. Diese traumatheoretische Sicht wird gestützt von einem Vergleich mit 78 Personen, die emigrieren konnten – hier konnten sich individuelle Differenzierungen erhalten. Geschichte braucht ihre Spielräume, Trauma kann auch verstanden werden als das, was die individuellen Differenzen einebnet. In genau diesem Sinne übersetzt **Lothane** in seinem Beitrag die nationalsozialistische Gleichschaltung als „alignment“, als ein auf-Linie-bringen und dabei wird dieser Verlust des Persönlichen prägnant.

In diesen Zusammenhang gehört auch der Bericht von **Marianne Leuzinger-Bohleber** (Psyche, Sept./Okt. 2003). Diese Autorin berichtet aus der DPV-Katamnese-Studie Fallbeispiele für ihre These, welche immense Rolle Verfolgung und Krieg in den Analysen spielten, die in der Studie von ihrer Arbeitsgruppe untersucht wurden. Bei 63% der Patienten sind extern nachweisbare Traumata schon in den ersten Gesprächen erwähnt. Diese werden aufgeschlüsselt als Leben mit depressiven Müttern (die Vergewaltigungen oder schwere Verluste ertragen mussten), das Überleben bei Hunger, Trennungen und Krankheit und die Autorin nutzt ausführliche narrative Darstellungen, um ihre Darstellungen aus dem Reich des statistisch Ausgedorrtten zu befreien. Wie auch **Hartmann** und **Zepf**

stellt sie fest, wie ungemein wichtig „es für diese Gruppe von Patienten war, zu Beginn der Behandlung ein Gefühl der Kontrolle über die therapeutische Beziehung entfalten zu können – ein unbewusster Versuch der Traumabewältigung“ (S. 1003). Der Analytiker wird als nachträglicher Zeuge gebraucht, nicht als Arzt, der aktiv von Symptomatik befreien soll. Es ist, als ob solche Patienten wüssten, dass das Leiden nicht gelöst, sondern nur gelindert werden kann – wenn jemand es bezeugt und so wenigstens im Zuhören das Gefühl der gestörten Gerechtigkeit wieder versöhnt.

Den manchmal etwas störenden Tonfall in solchen Berichten, der den Leser absichtsvoll mit Leiden beeindrucken möchte, vermeidet auf fabelhafte Weise der Beitrag im Psyche-Doppelheft von **Stephan Braese** über **Primo Levi**. Der Autor erwähnt schon im Titel die Rolle der Nüchternheit und schildert in beklemmender Nüchternheit, dass Levi sich nie befreit gefühlt hat – Befreiung ist ein narratives Stereotyp, das den Erzählungen aus dieser Zeit anhaftet. Befreiung hätte nur kommen können, wenn Levi später zuteil geworden wäre – etwa bei der Übersetzung seiner Bücher ins Deutsche – dass deutsche Leser etwas verstanden, dass sie mitgelitten, dass sie sein Leiden nachträglich mitbezeugt hätten. Aber ihre Köpfe blieben, wie hier an bornierten Briefen dokumentiert wird, so verschlossen, dass Levis Befreiungsversuche daran zerschellt sind und er keinen Ausweg sah, als sich das Leben zu nehmen. **Braeses** These ist, dass traumatische Erinnerung nicht narrativ sein kann, weil es nichts zu erzählen gibt – der „Erzähler“ ist ja mit einem wählenden und sein Schicksal bestimmenden Selbst „gestorben“. Erzählung braucht ein Subjekt. Dennoch gibt es viel zu vernehmen; das Narrativ des Traumatisierten entsteht nicht im Mund des Sprechers,

sondern im Ohr des Hörers, sein Hören oder sein Verweigern entscheidet für den Traumatisierten alles – ob das ermordete Selbst des Traumatisierten hier, im Akt des Zuhörens wieder verlebendigt werden kann. Angemessenes Hören also ist die schwierige Aufgabe – und auch hier entsteht die Gefahr, dass die Hörer nur das hören, was sie kennen, das vernehmen, was ihnen die narrativen Stereotypen suggerieren – die Geschichten vom Opferpathos v.a., gegen das außer **Levi** Schriftsteller wie **Alexander Tisma** („Die Schule der Gottlosigkeit“) oder **Imre Kertesz** so verzweifelt angeschrieben haben. **Franziska Lamott** hat in einem Heft von „Psychozial“ (2002) einen bemerkenswerten Aufsatz über die Trauma-Narrative verfasst, der zeigt, wie Flüchtlinge aus dem Kosovo ihre Geschichte so gestalten müssen, dass der deutsche Hörer sie „vernehmen“ (hier gibt es eine fatale Doppeldeutlichkeit im Deutschen), sie also in seine Register des Beurteilens (Liegt Asylgrund vor oder nicht?) einbauen kann. Um zu überleben, muß unter solchen Umständen erzählend getäuscht werden, ohne das die Täuschung dann noch von Wahrheit unterschieden werden könnte, denn die im Entscheidungsverfahren Befragten können Glaubwürdigkeit nur erreichen, wenn sie sich selbst glauben. Hier entstehen Zwänge, denen allein nachzudenken schon grauhaft sein kann.

Lothane ist übrigens bestens informiert über die Spaltungsgeschichte von DPV und DPG und dieser aktuelle Zusammenhang ist vermutlich auch der Hintergrund für die Präsentationen in diesem Heft. Auch hier also Erzählzwänge? Deren Reflexion vermisst man im „Psyche“-Heft, das sich sonst ausführlich und ergiebig mit der Notwendigkeit von Geschichte und Erinnerung befasst.

CONCLUSIO

Man interessiert sich für Geschichte aus aktuellen Gründen, man rekonstruiert *nachträglich* für den politischen Bedarf der Gegenwart und das ist selbst Teil von politischen Maßnahmen und Aktionen, die sich gewiß nicht auf individuell-biographische Motive *reduzieren* lassen. Dazu kommen sie einfach zu häufig vor, nicht nur bei Psychoanalytikern. Neutralität kann, gerade im Umgang mit dem individuellen wie kollektiven Trauma, angesichts der Tatsächlichkeit des Entsetzlichen nicht möglich sein ohne erneut zu traumatisieren, Objektivität muß schwer errungen werden und sogar empirische Forschungen sind es nicht immer. Objektivität in diesem Sinne ist keine Frage der Forschungsmethode, sondern eher ein ethisches Problem, worauf **Rachel B. Blass** in ihrem Beitrag über die Ziele der Psychoanalyse (im August-Heft des Intern. J.) aufmerksam macht. Sie bezieht sich auf die Widersprüchlichkeiten eben solcher Haltungen, die meinen, die Dinge mit „Methode“ klären zu können und kommt dann auf die ethische Frage

der Selbstbestimmung zu sprechen, die in einem unauflösbaren Spannungsverhältnis zur Veränderung durch Analyse steht: Gerade wo Analyse wirksam ist und verändert, würde sie – in einem bloß technologischen Sinne gebraucht – die Selbstbestimmung von Patienten verletzen. Die Autorin erinnert an den großen Soziologen der Psychoanalyse, **Philip Rieff**, der feststellte, dass es keiner Selbsttäuschungen bedarf, um böse zu sein. Das ist – wahr in einem tiefen und sehr ernüchternden Sinne.
