

# PSYCHO-NEWS-LETTER NR. 18

EIN KLEINER LITERATURRUNDFLUG

Im Auftrag der DGPT

von  
Michael B. Buchholz  
email: [buchholz.mbb@t-online.de](mailto:buchholz.mbb@t-online.de)

Mitte März 2004

---

## METHODE UND / ODER PERSÖNLICHKEIT ?

---

Ob die Wirkungen der Psychotherapie durch eine personunabhängige Methode oder durch die Persönlichkeit des Therapeuten hervorgebracht werden, ist eine Frage, die zu Glaubenskriegen führen kann. Zu viel ist damit verbunden, als dass eine einfache Entscheidung zu erwarten ist. Da gibt es das Problem der Standortgebundenheit: Professionelle Therapeuten werden im positiven Fall dazu neigen, sich den Behandlungserfolg zuzuschreiben, im negativen Fall der Pathologie ihres Patienten, während Außenstehende Beobachter wie z.B. Supervisoren gerade dann dazu tendieren, dem Therapeuten zu verdeutlichen, eine andere Einstellung, eine andere Behandlungstechnik hätte, wäre, besser, hätte können...

Wahrscheinlich muß man es nehmen wie Lisa Najavits es in einem Career Award Paper (2001, S. 133) in einem Heft von „Psychotherapy Research“ einmal formulierte:

„I believe that my experience is not all that different what most patients tell me: that a large number of therapists are mildly helpful, a few are downright negative, and occasionally one can find someone genuinely life changing“.

So wird es sich in allen Schulen verhalten und die Forschungsaufmerksamkeit richtet sich auch im jüngsten Heft von „Psychotherapy Research“ (Dezember 2003) der Persönlichkeit des Therapeuten, seinen Verarbeitungsstilen, seinem professionellen Ar-

beits-Ich oder sogar seinen „professional selves“ (jawohl, im Plural!) zu.

### EINSICHT ODER VERHALTEN – EINE UNZUREICHENDE ALTERNATIVE

Das Heft beginnt mit einer Arbeit von **Terence Tracey, James Lichtenberg, Rodney Goodyear, Charles Claiborn und Bruce Wampold** über die „Common Factors“ in der Psychotherapie. Das Interessante hieran ist die empirische Quelle der Aussagen. Nicht Querschnitte durch Therapieschulen und deren Forschungsergebnisse werden analysiert – das hat **Wampold** mit Nachdruck an anderer Stelle getan<sup>1</sup>. Dabei war **Wampold** zu dem bemerkenswerten Ergebnis gekommen, daß das *m e d i z i n - a n a l o g e* Spezifitätsmodell der Psychotherapie, wonach spezifische Methoden bei spezifischen Störungen spezifische Effekte erzielen, empirisch *nicht* zu halten ist. Vielmehr müsse man von einem *k o n t e x t - b e z o g e n e n* Modell ausgehen: entscheidend sei, daß dem Patienten ein sinnhafter Zusammenhang zwischen seiner Störung, der durchgeführten Behandlung und der Störungstheorie plausibilisiert werden könne. Das „Ritual“ (einmal pro Woche oder

---

<sup>1</sup> Ich erlaube mir, auf meine Rezension des Buches von Wampold „The Great Psychotherapy Debate“ im Juli-Heft (2003) der Zeitschrift „Psyche“ hinzuweisen.

3mal? Sitzen oder Liegen?) muß zu dem „passen“, was der Patient selbst denkt, was mit ihm los ist, dazu, was der Therapeut ihm erklärt hat oder verständlich machen konnte. Schließlich müsse der Therapeut selbst von der durchgeführten Behandlung überzeugt sein, weil er sie sonst dem Patienten nicht verbindlich machen könne und dessen Hoffnungspotential eher zerstöre als aufrechtzuerhalten oder aufzubauen helfe. Dies alles hatte **Wampold** in einer beachtlichen Fleißarbeit empirisch durch Sichtung aller international verfügbaren Meta-Analysen sehr präzise gegeneinander abgewogen und er war zu dem Schluß gekommen, die Suche nach „common factors“ könne erfolgversprechend sein.

Dazu wurden hier nun 21 erfahrene Psychotherapeuten verschiedener schulischer Zugehörigkeiten (7 Frauen, 14 Männer) mit einem Fragebogen befragt, den sie gerne ausfüllten (Rücksendequote 81%). Man wollte so ermitteln, was erfahrene Therapeuten selbst denken, was in ihren Behandlungen wirksam sei. Aus verschiedenen Fragen wurden Cluster gebildet. Aussagen wie, „der Patient identifiziert sich mit dem Therapeuten“, „er nutzt den Therapeuten als Modell“, „er erlebt die Übertragung“ etwa zu dem Cluster „Bildung eines Arbeitsbündnisses“ zusammengefasst.

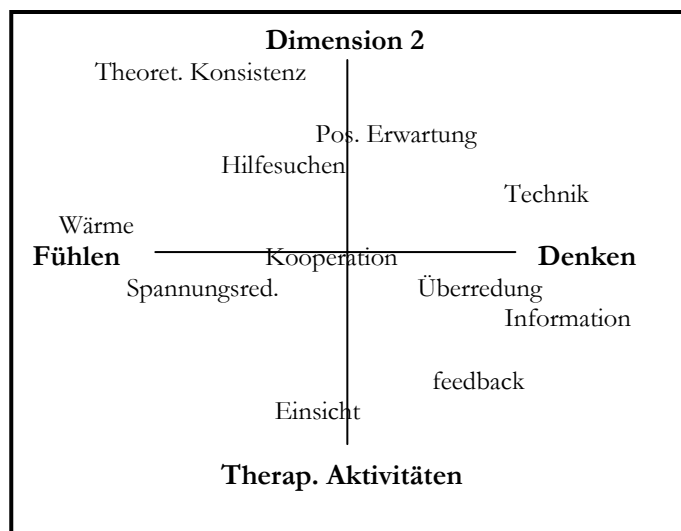
Die Ergebnisse wurden einer Faktorenanalyse unterzogen und zwei Dimensionen ermittelt. Dimension 1 hat auf dem einen Pol einen expressiven „heißen“ Modus, dem Wärme, Nähe und emotionale Erfahrung zugeordnet werden können, auf der anderen Seite einen „kalten“ Pol der Behandlungstechnik und der „persuasion“, also der Überzeugung und Überzeugtheit des Patienten. Dimension 2 wurde der Rollenaktivität zugeordnet mit einem Pol der „Heilung“ und theoretischen Bezogenheit, mit einem anderen auf Einsicht und feedback. Diese Dimension kommt wohl dem nahe, was ich in meinem letzten Brief unter dem Stichwort der „now-moments“ dargestellt habe.

Diese Dimensionen stehen orthogonal, also rechtwinklig zueinander, wodurch ein Bedeutungs-Raum entsteht, dem sich dann verschiedene therapeutische Aktivi-

täten zuordnen lassen. „Einsicht“ etwa ist nahe dem Pol der therapeutischen Aktivität, aber in der Mitte zwischen dem „heißen“ Fühlen und dem „kühlen“ Denken. Die Anwendung von „Technik“ ist auf Dimension 1 beim Pol des „kühlen“ Denken, aber in der Mitte von Dimension 2. Dort befindet sich dann auch die „Information“, die Therapeuten manchmal ihren Patienten geben müssen, aber diese ist wiederum der „Technik“ näher als der Beziehung“.

Ich empfinde eine solche empirische Analyse (deren Grenzen etwa hinsichtlich der Kleinheit der Stichprobe die Autoren umstandslos zugestehen) als hilfreich für manche psychoanalytischen Debatten, etwa die zwischen einer paternalistischen Vernunfttechnik und einer „maternalistischen“ Empathietechnik, wie sie in psychoanalytischen Zusammenhängen immer wieder aufscheint. Man kann sehen, es geht den hier befragten Therapeuten sehr wohl um den einen Pol – „Mütterlichkeit“, Fühlen, Empathie – und um den anderen – „Väterlichkeit“, Vernunft/Einsicht, „Strategie“/„Technik“. Das ist eine ganz konventionelle Unterscheidung zwischen „Reflektieren“ und „Fühlen“, die das abendländische Denken lange durchzieht.

Aber nur diese Dimension wäre zu wenig, man muß auch die andere berücksichtigen. Hier geht es eher um die Art der Bezogenheit, um die Qualität der Arbeitsbeziehung, um Kontrolle durch feedback in der Beziehung. „Einsicht“ ist nicht dem „väterlich“-



vernünftigen Pol allein zuzurechnen, son-

dern nur zu haben, wenn der Therapeut Behandlungstechnik anzuwenden versteht. Dies elementare psychoanalytische Konzept braucht, damit es als Effekt im Patienten entsteht, darüber hinaus „Arbeit“ und nicht nur „Beziehung“.

#### REFLEKTIEREN ODER HANDELN – ASPEKTE DER KONTROLLE

Um den gleichen Gegensatz von „Reflektieren“ oder „Handeln“, aber auch um die Dimensionen dieses Gegensatzes geht es in der Studie von **Patrick Jeger, Hansjörg Znoj** und **Klaus Grawe**, ebenfalls im selben Heft. Der erste Autor hatte sich 1996 mit einer empirischen Psychotherapie-Forschung über „Reflektieren und Handeln“ promoviert und hier werden weitere Ergebnisse zu den Stilen der Handlungskontrolle durch Therapeuten und Patienten vorgelegt. Grundgedanke ist, daß Reflektieren bzw. Handeln unterschiedliche Modi sind, mit denen eine Situation unter Kontrolle gebracht werden kann. Vor der Ausübung einer Handlung steht die Reflexion, aus der sich eine Intention ergibt, die dem Handeln dann motivierend zufließt – so jedenfalls sieht es die „action control theory“ der Autoren. Das wird nun weiter differenziert.

Eine „action orientation“ (AO) steht für ein effektives und zielorientiertes Problemlösen, eine „state orientation“ (SO) bezieht sich auf einen Prozeß der motivationalen Klarifikation. Kontrolle kann man also durch Denken oder Handeln bekommen und diese beiden können sich auf die Handlung selbst oder auf den „state“, den „Zustand“ der Person, d.h. auf ihre Motive und Handlungsgründe beziehen.

Nun wird angenommen, daß „action oriented control type is beneficial to success“ (416). Wenn Therapien einen Fokus auf die Klarifikation legen, wird es auch mehr an „state oriented“ Patienten-Äußerungen geben. Welchen Modus der Therapeut anwendet, hat also Einfluß auf die Art des Kontrollmodus beim Patienten. In dieser Studie werden deshalb die Äußerungen des Therapeuten in den Blick genommen und zwar bei Sitzungen mit 32 Patienten. Je eine Sitzung

aus jedem Viertel der gesamten Therapie-dauer wurde ausgewählt. Aus dem ersten Viertel wurde die zweite Stunde festgelegt und hier wie auch bei den anderen ausgewählten Stunden wurden die therapeutischen Äußerungen von geschulten Ratern evalu-

#### Moment mal – wie hießen die untersuchten Therapien doch gleich?

Hier muß man eine Bemerkung zu diesen seltsamen Bezeichnungen für die durchgeführten Therapien machen: Breitspektrum – das klingt nach Antibiotika. Aber was ist darunter eigentlich zu verstehen? Hört sich aber gut an und verspricht mächtige Wirksamkeit.

Was ist das „Interaktionale“ an einer Verhaltenstherapie, wenn doch in **allen** Therapieformen die Interaktion, hier in der besonderen Dimension der Kontrolle, untersucht werden soll?

Und schließlich: was ist „heuristische Psychotherapie“? Das alles wird nicht näher bezeichnet, auch werden kaum Literaturverweise vorgenommen. Man kann also nicht sagen, was hier eigentlich verglichen wurde.

iert. Die Therapeuten gehörten der klientenzentrierten, der „broad spectrum behavioral therapy“, der „interactional behavioral therapy“ und der „heuristic psychotherapy“ an. Die Behandlungen dauerten im Durchschnitt 36 Sitzungen, was für eine verhaltenstherapeutisch orientierte Studie bemerkenswert ist. Verhaltenstherapeutische Effektivitätsstudien behaupten meist, mit weit weniger als 20 Sitzungen auszukommen. Es zeigt sich, daß in keiner der untersuchten Sitzungen Therapeuten den Kontrollstil ihrer Patienten übernahmen. Aber wenn eine Abfolge „action oriented“ (Therapeut) – „action oriented“ (Patient) (abgekürzt AO-AO) beobachtet werden konnte, waren das die erfolgreichen Therapien. Patienten, die eine Handlungsorientierung von ihren Therapeuten übernehmen, haben den besseren Erfolg – wenn diese Handlungsorientierung in der zweiten Hälfte der Gesamtdauer gemessen werden kann! Das ist nun ein Befund, den die verhaltenstherapeutisch orientierten Autoren erwartet hatten. Aber sie waren offensichtlich überrascht, daß auch die State-Orientierung (SO) bei den erfolgreichen Therapien ab dem dritten Viertel des gesamten Therapierverlaufes erheblich zunimmt. Ich zitiere:



können. Schon 1983 hatte der Harvard Sozialwissenschaftler **Donald A. Schön** einen Klassiker geschrieben mit dem Titel: „The Reflective Practitioner – How Professionals Think in Action“. Diesem Autor war die das abendländische Denken durchziehende Trennung von „Denken“ und „Handeln“ ziemlich suspekt vorgekommen und so untersuchte er Professionelle aus verschiedenen Bereichen (Manager, Lehrer, therapeutische Supervisoren) und beobachtete, wie sie *beim* Handeln denken – oder beim Denken handeln und behandeln. Sie denken auf eine verschlungene Weise, wollen sich ungern dabei stören lassen und machen von bildhaften Assoziationen und eigenen, teils bizarr wirkenden Einfällen nachhaltigen Gebrauch (Das alles wird im Buch anhand von Transkripten ausgiebig gezeigt). Professionelles Denken-beim-Handeln ähnelt mehr einem Puzzle-Spiel, bei dem die Aufgabe darin besteht, die Passung verschiedener Teile ausprobierend zu „sehen“ als dem Ableiten von Hypothesen aus übergeordneten Prämissen. Und ein anderer Autor, **David J. Velleman** hatte 1989 sein Buch betitelt „Practical Reflection“ und regte aus einer eher sozialphilosophischen Perspektive an, die seltsame Unterscheidung zwischen „Denken“ und „Handeln“ aufzugeben. Seine Pointe war, daß dies eigentlich nur eine Unterscheidung sein kann, die von Denkern getroffen wurde, von Leuten also, die also annehmen, daß andere Leute, die handeln, eigentlich keine Zeit zum Denken, bestenfalls zum Denken-nachher (also zum Nach-Denken) hätten. Diese Vorstellung von der zeitlichen Reihenfolge, daß das Denken und Handeln zeitlich nicht vereinbar seien, hat **Velleman** kenntnisreich in Frage gestellt und gezeigt, daß die konventionelle Unterscheidung zwischen Denken und Handeln eher erkenntnisverhindernd ist als hilfreich. Man möchte anregen, diese Überlegungen auch auf die manchmal holzschnittartig geführten Debatten innerhalb der psychotherapeutischen Schulen anzuwenden; wo die einen nur AO (also „action“) betonen, könnten sie etwas vom „Reflektieren“ der anderen annehmen und umgekehrt. Immerhin ist hier gezeigt, daß beides erfolgreich werden kann – wenn sich denn die Interak-

tion der Beteiligten zwanglos harmonieren lässt. *Wie* das eigentlich geschieht, *wie* sich die Beteiligten aneinander ausrichten, *wie* eigentlich Therapeuten eine Umorientierung ihrer Patienten in der Dimension der Handlungskontrolle zustande bringen – das könnte zu einer eigentlich spannenden Forschungsfrage werden.

#### PROFESSIONELLE SELBSTE – IM PLURAL

Der Bezug zur Profession wird nun im nächsten Beitrag des gleichen Heftes von „Psychotherapy Research“ sogleich aufgenommen. Der Titel dieses Beitrags lautet nämlich: „Professional Possible Selves, Anxiety, and Seniority as Determinants of Professional Satisfaction of Psychotherapists“. Ich versuche zu verdeutlichen, was damit gemeint ist.

Daß Therapeuten sich entwickeln, an Erfahrung zunehmen und manchmal sogar an Weisheit, ist vor allem von einem Norweger, **H.M. Ronnestadt** beschrieben und untersucht worden. Er hatte für die Entwicklung von Therapeuten ein Modell vorgeschlagen, damit Supervisoren sich auf den Entwicklungsstand des supervidierten Therapeuten besser einstellen könnten. Dieses Modell sieht den Anfänger als jemanden, der „technische“ Problemlösungen favorisiert. Der Anfänger glaubt, ein spezifischer „Einsatz“ verbesserter „Methoden“ könne „schneller“ zum Behandlungsziel führen. Erfahrene Kliniker hingegen entwickeln eine Position der Weisheit, die Zeit gewährt, weil menschliche Probleme nicht immer gelöst, sondern oft nur ertragen werden können und weil nicht alle Menschen gleiche Entwicklungspotentiale haben. Der Anfänger sucht dann eine Entwicklung seines professionellen Selbst, in weiteren Stufen kommt es zur versuchsweisen, dann immer prägnanteren Integration von persönlichen und professionellen Erfahrungen und zu einer gewissen Distanzierung schulischer Bindungen, zur Ablösung von Lehrerfiguren mit einem als wohltuend verbundenen Verzicht auf theoretische Rigidität mit größerem Spielraum für persönliche Gestaltung der Profession. **Ronnestadt** weiß natürlich, daß die Entwicklung zu solcher Weisheit nicht zwangsläufig ist; seine Gespräche, Befragungen und Interviews mit

einigen tausend Therapeuten der ganzen Welt haben ihn auch darüber belehrt, daß es Entwicklungen zu ausgebrannten Zynikern gibt, zu Therapeuten, die ihre Ideale nicht mehr besetzen können, die professionell arbeiten, aber – so möchte man erneut gegen **Grawe** formulieren - ohne Konfession.

**Yohanan Eshel** und **Judith Kadouch-Kowalsky** von der Universität in Haifa beschäftigen sich nun in ihrem Beitrag über die „professionell Selbste“ mit Fragen, die die professionelle Zufriedenheit von Therapeuten betreffen. Die Position der „Weisheit“ und das Beharren auf einer (und nur einer) professionellen „Identität“ schien schon **Ronnstadt** nicht gut miteinander vereinbar; Weisheit ist eher mit einer Art verbunden, mit verschiedenen, mit mehreren Selbst-Entwürfen spielen zu können. In diesem Sinne wird hier von „possible selves“ im Plural gesprochen. Aus dem Spiel mit Möglichkeiten (**Robert Musil** meinte im „Mann ohne Eigenschaften“ einmal, wenn es einen Wirklichkeitssinn gäbe, müsse es auch einen Möglichkeitssinn geben) kristallisieren sich Zukünfte heraus, die Hoffnungen ausdrücken oder auch Ängste. Mit diesen Hoffnungen und Ängsten in Bezug auf die Entwicklung eines professionellen Selbstkonzept beschäftigt sich diese Studie. An 130 israelische Therapeuten mit verschiedenen Erfahrungsniveaus wird nun ein Fragebogen explorierten verschickt, der bestimmte Hoffnungen („Ich hoffe, ich werde Patienten wirkungsvoll in ein Arbeitsbündnis zu integrieren lernen“, „Ich hoffe, immer einen Weg zu finden, meine Patienten zu respektieren“) und Ängste („Ich fürchte, das Wesentliche an den Problemen meiner Patienten nicht zu verstehen“) anbot und zur Zustimmung oder Ablehnung aufforderte. Gefragt wurde dann in verschiedenen Einzelfragen auch nach dem Grad der professionellen Zufriedenheit.

Es zeigt sich nun, daß die Erfahreneren weniger Ängste haben, aber auch weitaus zurückhaltender in der Artikulation von großen Hoffnungen sind. Wer weniger Ängste zeigte, war auch zufriedener. Insgesamt zeigte sich, daß die professionelle Zufriedenheit weitaus mehr von Angst vor der Zukunft, insbesondere Angst zu versagen, bestimmt

wird als vom positiven Hoffnungsteil der „possible selves“. Therapeuten entwickeln sich und suchen danach, ihre Individuationsgrade zu erhöhen und ihr Selbst für die Fähigkeit tiefgehender Beziehungen in professionellen Kontexten zu entwickeln. Mit den Jahren nimmt generell ihre Zufriedenheit, abhängig von der wachsenden Erfahrung, zu. Die Forschung über professionelle Entwicklung hat sich allerdings bisher mehr mit der Vergangenheit der Therapeuten beschäftigt, aber hier zeigt sich, die Einstellung zur Zukunft ist eine entscheidende Größe bei der Entwicklung professioneller Zufriedenheit.

#### AUCH IDENTITÄTEN – IM PLURAL ?

Irgendwie glaubt man ja doch an geheimnisvolle unterirdische Verbindungen, denn im deutschsprachigen „Forum der Psychoanalyse“, war ebenfalls im Dezember-Heft (2003) eine Diskussion zu der Frage „Was ist psychoanalytische Identität?“ erschienen. Beigetragen haben mit je eigenen Beiträgen **J. Shmuel Erlich**, **Jürgen Körner**, **Michelle Minolli**, **Carl Nedelmann** und **Anne-Marie Sandler**. Ich finde es erstaunlich, wenn **Shmuel Erlich** in einem ersten Satz feststellt: „Das Identitätskonzept wurde von der Psychoanalyse weder besonders rezipiert noch in ihre Theorien aufgenommen“ (S. 362). Zu erinnern ist ja nicht nur an **Erik H. Erikson** (der sogleich erwähnt wird), sondern auch an die ausführlichen Debatten über „gender-identity“ oder an die Diskussionen der 70er Jahre, die von **Grinberg und Grinberg** unter dem Titel „Identity and Psychoanalysis“ im „Intern. Rev. Psychoanal.“ (1974) zusammengefasst wurden. Erst kürzlich fanden beachtliche Diskussionen dazu statt, die auch zum interdisziplinären Gespräch mit sozialphilosophischen Diskussionen führten, etwa bei **Axel Honneth**, der in der „Psyche“ (2000) über „Objektbeziehungstheorie und moderne Identität“ schrieb und wider das vermeintliche Veralten der Psychoanalyse argumentierte. Es wäre leicht, zahlreiche Literaturverweise anzuführen.

Alle hier im „Forum“ beitragenden Autoren nennen die Dimension der Zeitlichkeit: Identität muß geradezu gegen Veränderungen

stabilisiert werden können, man muß heute noch derselbe sein, auf den sich die anderen gestern verlassen wollten – ansonsten bräche jedes Sozialgefüge auseinander. Nur **Körner** macht auf den variablen Aspekt der Identität aufmerksam. Mit der jeweiligen Referenzgruppe, etwa der mächtigen Öffentlichkeit, ändern sich die Erwartungen auch an die Psychoanalytiker. Erwartungen – das ist freilich jener Bestandteil, mit dem in der soziologischen Rollentheorie die Rolle definiert wird: als das Gesamt der Erwartungen einer relevanten Bezugsgruppe an den Inhaber einer Position. Kann man also die Erwartungen als Definitionsbestandteil der Identität nehmen? Gehören sie nicht eher zur Rolle? Zeichnet sich die Identität nicht gerade auch dadurch aus, daß sie dem Druck zur Konformität mit den Erwartungen etwas entgegengesetzt, sich gerade zu außerhalb der Rollenerwartungen positioniert?

Erfrischend wirkt auf mich die italienische Stimme von **Michelle Minolli** aus Mailand, die klar feststellt, psychoanalytische Identität sei weder an das setting gebunden noch an einen akademischen Positivismus und auch nicht an die Grundannahmen der kritischen Philosophie von **Kant**. Konstruktivistische Positionen sehen den Menschen als Ergebnis seiner Interaktionen und wo Identität im Sinne eines Stabil-Unveränderlichen ist, kann man dann durchaus auf Verdrängung schließen, die ja in der psychoanalytischen Theorie die Bedingungen für eine – freilich fragile – Stabilität ist. Als ihre Position formuliert **Minolli** das „Selbstbewusstsein als Lösung der Verdrängung“. Wer sich seines Selbst bewußt ist, kann sich dann auch gegenüber dem konformistischen Erwartungsdruck relevanter Bezugsgruppen, auch der eigenen, positionieren: „Heute muß jeder Analytiker seine eigene Legitimität finden und sich das theoretische Handwerkszeug zulegen, um sich als Psychoanalytiker zu fühlen. Dazu braucht es intellektuelle Redlichkeit und Interesse für den Menschen. Das ist keine leichte Aufgabe. Vielleicht ist die Psychoanalyse auch deswegen in einer

Krise“, schreibt sie abschließend und macht, mit leichter Hand in dieser Nebenbemerkung deutlich, daß Identitätsdiskussionen selbst Symptom einer relevanten Bezugsgruppe sind – Symptom einer Krise.

Sympathisch ist mir auch die klare Stellungnahme von **Nedermann** gegen den Medikoentrismus mit seiner quasi-pharmazeutischen Idee von Störungs- und Behandlungsspezifität. **Nedermann** ist ganz auf die psychoanalytische Methode orientiert, erinnert an das „Dreieck der Einsicht“ von **Menninger**, an die Anpassungsmechanismen von **Parin** und schätzt die Erinnerungsarbeit.

Überrascht haben mich die Äußerungen von **Anne-Marie Sandler**. Sie erinnert sich autobiographisch an ihre ersten internationalen Erfahrungen mit britischen und französischen Psychoanalytikern, die trotz erheblicher Divergenzen in ihren therapeutischen Aktivitätsniveaus (Franzosen schweigen weitaus mehr) das Gefühl hatten, Psychoanalytiker zu sein.

„Freuds Gedankengebäude wie auch die neuere internationale Literatur waren eindeutig unsere gemeinsamen Bezugspunkte, und dennoch zeigte sich, dass die gängige Literatur in Frankreich und England unterschiedlich gelesen und assimiliert wurde.“ (373).

Das ist für mich eine irritierende Aussage. Denn Freuds Gedankengebäude ist, wie schon vielen auffiel, keineswegs einheitlich konzipiert. Man kann als Freudianer sogar gegen Freud sein, man kann feststellen, wie viele verschiedene und widersprüchliche Äußerungen er etwa in der Frage der Identifizierung – als normalen entwicklungspsychologischen Vorgang oder als konstitutiv für die Depression? – gemacht hat, man kann den Ödipuskomplex ablehnen, wie es viele prominente Analytiker taten und tun. Es wundert mich also, wenn sie dann weiter schreibt:

„Eine mögliche Beschreibung der analytischen Erfahrung besteht darin zu sagen, dass sie auf dem *common ground* der psychoanalytischen Situation beruht“ (374).

Das wundert mich besonders deshalb, weil es doch einen von **Wallerstein** organisierten Kongress der IPV in Rom (1990) gab, wo „common ground“ Generalthema war und **Wallerstein** ihn beenden musste mit der Feststellung, den common ground könne heute niemand mehr bestimmen: die einen bieten kleinianische Positionen, die anderen den Ödipuskomplex, dritte die „Handlungssprache“, die nächsten die Gegenübertragung als „common ground“ an – insgesamt aber wird so nur dokumentiert, daß es die theoretische Einheit gar nicht mehr gibt. Dem wird **Sandler** dann wieder gerecht, wenn sie ein paar Absätze später feststellt: „Die Psychoanalyse ist pluralistisch geworden“. (375) – das bedeutet aber im Widerspruch zur ersten Feststellung: es gibt keinen common ground.

Kurz, mir ist ihre Position hinsichtlich der psychoanalytischen Identität am allerwenigsten deutlich geworden. Doch auch sie konstatiert, daß die Psychoanalyse wohl in einer Krise steckt, die produktiv genutzt werden könne, „vorausgesetzt, wir fühlen uns in unserer psychoanalytischen Identität sicher“. (376). Was aber damit wohl gemeint ist?

Mir will scheinen, von Identität sollte in Zukunft nur noch im Plural gesprochen werden. Denn eine Person, die sich über die Zeit gar nicht mehr verändern würde – also wirklich „identisch“ bliebe -, könnte letztlich nicht mehr von einer Lernbehinderung unterschieden werden. Wer mit sich selbst identisch bliebe über die Jahre, wäre einer, der nichts lernt – und dass das beruhigenderweise nicht so ist, bestätigen unsere Erfahrungen täglich.

Wir lernen beständig, aber wir tun uns außerordentlich schwer zu sagen, was wir lernen und wie wir das konzeptualisieren sollen. Differenzierungen könnten hier weiter helfen: man kann sehen, daß es Identitätsdiskurse (nicht Identitäten!) sind, die als Krisensymptom der psychoanalytischen Theorie aufgefasst werden mögen; daß aber die therapeutische Praxis mit Problemen ringt, die

im Identitätsdiskurs vielleicht gar nicht thematisiert sind.

Eine Akzentverschiebung, weg von (dem eher geschlossenen Konzept) der „Identität“ hin zu einem sich öffnenden Lernen

**Die thematische Breite der Literatur zum „common ground“ sei hier der Illustration halber in Auszügen einmal aufgeführt:**

- Feiner, K.; Kiersky, S.: Empathy - A Common Ground. *Psychoanalytic Dialogues*, 4. Jg. (1994), S. 425-440.
- Feldman, M.: Common Ground: The Centrality of the Ödipus Complex. *Intern. J. Psychoanal.*, 71. Jg. (1990), S. 37-48.
- Gabbard, G. O.: Countertransference: the emerging common ground. *Intern. J. Psychoanal.*, 76. Jg. (1995), S. 475-485.
- Hernandez, M.: Common Ground: An Analytic Break and its Consequences. *Intern. J. Psychoanal.*, 71. Jg. (1990), S. 21-29.
- Lussier, A.: The Search for Common Ground: A Critique. *Intern. J. Psychoanal.*, 72. Jg. (1991), S. 57-62.
- Milton, J.: Psychoanalysis and cognitive behaviour therapy - rival paradigms or common ground? *Intern. J. Psychoanal.*, 82. Jg. (2001), S. 431-448.
- Paniagua, C.: Common Ground, Uncommon Methods. *Intern. J. Psychoanal.*, 76. Jg. (1995), S. 357-371.
- Richards, A. D.: Programme Notes. 36Th IPA Congress, Rome, 1989. The Search for Common Ground: Clinical Aims and Processes. *Intern. J. Psychoanal.*, 72. Jg. (1991), S. 45-56.
- Schafer, R.: The Search for Common Ground - Action Language. *Intern. J. Psychoanal.*, 71. Jg. (1990), S. 49-52.
- Tyson, R. L.: The Emergence of Oedipal Centrality. Comments on Michael Feldman's Paper 'Common Ground: The Centrality of the Ödipus Complex'. *Intern. J. Psychoanal.*, 72. Jg. (1991), S. 39-44.
- Wallerstein, R. S.: Psychoanalysis: The Common Ground. *Intern. J. Psychoanal.*, 71. Jg. (1990), S. 3-20.

könnte hier weiter führen. Ein Schritt in diese Richtung scheint mir zu sein, wenn psychotherapeutische Forscher von „Selbsten“ im Plural sprechen – so wie Freud die psychoanalytische Aktivität mit so vielen verschiedenen und widersprüchlichen Metaphern (Chirurg, Archäologe, Spiegelplatte, Bergführer, Lehrer usw.) beschrieb, die insgesamt unsere „Identität“ bestimmt haben, aber insgesamt ebenso gut als widersprüchlich und somit Identität auflösend verstanden werden können. Das ist freilich nur dann ein Nachteil, wenn man auf „Einheit“ in der Theorie steht. Die Sprache unserer Theorie hat sich in vielerlei Zungen, in eine viel beklagte babylonische Sprachverwirrung aufgelöst, aber ob das nur Nachteil ist? Man könnte ja auch meinen, gerade die Vielfalt macht den Reichtum aus, gerade die kreative Variationsbreite unserer praktischen Antwortmöglichkeiten auf therapeutische Fragen ermöglicht praktische Lösungen dort, wo die Theorie noch gar nicht unbedingt angekommen ist. So gesehen wäre das professionelle Pfingsten, das „Reden in vielen

Zungen“ die Antwort auf das theoretische Babylon. Die Theorie ist eine Landkarte, aber nicht der Weg. Und der unterscheidet sich noch einmal, je nachdem, wer ihn geht: ob Mann oder Frau, ob alt oder jung, ob im Frühjahr oder im Herbst...

– Nun kehre ich zurück zu dem Dezember-Heft von „Psychotherapy Research“; es gibt noch weitere interessante Berichte.

#### **SIGNIFIKANTE EREIGNISSE IN DER THERAPIE – BESTÄRKUNG (EMPOWERMENT) UND DIE VERARBEITUNG VON FEINDSELIGKEIT**

**Ladislav Timulak** und **Robert Elliott** setzen ebenfalls an der therapeutischen Interaktion an, mit einem anderen Akzent wiederum. Sie interessieren sich für signifikante Ereignisse – Signifikanz ist hier also nicht im statistischen Sinne gebraucht, sondern inhaltlich: Welche Ereignisse innerhalb des therapeutischen Gesprächs sind es, die den Behandlungserfolg maßgeblich beeinflussen? Transkripte von Interviews mit Therapeuten und Patienten, worin diese sich an die Stunden erinnerten, dienten als Datenbasis. Dabei zeigten sich bei 9 depressiven Klienten in prozessorientierter Psychotherapie 5 verschiedene Typen von Bestärkung (empowerment):

Die „deutliche Bestärkung“ (poignant empowerment) beschreibt, wie ein Klient eine traurige Erfahrung mit einem anderen exploriert, wobei eine involvierte Person, der Therapeut, zuhört. Der Therapeut begleitet die erhöhte Verwundbarkeit seines Patienten v.a. mit empathischen Äußerungen.

Bei der „entwicklungsbezogenen Bestärkung“ verleiht der Therapeut unausgesprochenen Erlebnisseiten des Klienten eine Stimme, was als Bestärkung mit mächtiger Veränderung aufgefasst wird.

Bei der „entscheidungsbezogenen Bestärkung“ verhilft der Therapeut seinem Klienten, einen Konflikt (etwa zwischen zwei Neigungen) durch Entscheidung zu lösen, wobei zugrundeliegende Gefühle, Bedürfnisse und Hemmungen gemeinsam sondiert werden. Der Einfluß dieser Intervention scheint geringer zu sein als bei der vorherigen.

Bei der Bestärkung zu „Bestimmung“ verhilft der Therapeut dazu, eine Position zu

beziehen im Hinblick auf festgefahrene innere Erlebnisse (aus der Kindheit oder auch jüngeren Vergangenheit) und zeigt dem Patienten Entwicklungsmöglichkeiten auf. Das verhilft dem Patienten zu einem besseren coping mit der depressiv stimmenden Situation.

Die eigentliche „erfolgreiche Bestärkung“ verhilft dem Klienten zu einer genauen Exploration in jenen Bereichen, die für seine depressive Verstimmung wesentlich sind. Der Therapeut anerkennt die Bedeutung dieser Ereignisse oder zeigt dem Patienten, das sie von größerer als nebensächlicher Bedeutung sind.

Hier wird also inhaltlich eine Interaktion untersucht und deren Effekte beschrieben. Natürlich sind auch diese Autoren sich der Grenzen ihrer Stichprobe bewußt und regen an, „Bestärkungen“ in anderen Therapien zu untersuchen.

Im Zusammenhang der hier mitgeführten Diskussion über das, was Therapeuten tun, könnte man der Freud'schen Metaphernliste (s.o.) also noch anfügen: sie operieren nicht nur wie Chirurgen, sie graben nicht nur wie Archäologen in die Tiefe der Vergangenheit, sie ermutigen ihre Patienten zu einer intensiveren Selbstexploration oder dazu, sich notwendigen Entscheidungen zu stellen.

**Daniel Leising, Gert Rudolf, Karoline Stadler, Thorsten Jakosen, Claudia Oberbracht** und **Tilman Grande** sind die Autoren einer Studie an 10 Psychoanalyse-Patienten. Sie wollten wissen, ob Veränderungen in deren Beschreibungen von interpersonellen Beziehungen mit einem Rückgang in der Symptomatik einhergeht. Untersucht wurden die ersten beiden Behandlungsjahre. Der Grundgedanke ist also, daß die Psychopathologie einer Person als umso gravierender betrachtet werden muß, je stereotypisierter die Beziehungsmuster mit verschiedenen Personen sind. Das ist von der Mehrzahl derjenigen Studien, die diesen Zusammenhang untersuchten, gut bestätigt.

Sechs weibliche und vier männliche Patienten wurden während der Behandlungszeit, aber von therapie-fremden Interviewern am Anfang der Behandlung, dann 6, 18 und 24 Monate später interviewt, wobei man sich am OPD-Interview orientierte. Das emotio-

nale Profil der Patienten wurde mit anderen Maßen jeweils erhoben. Es zeigte sich, daß eine symptomatische Besserung eintrat (gemessen u.a. mit dem SCL-90), wenn die Patienten im Interview von ihren Beziehungsobjekten in größerer Erlebensvariabilität sprachen, also Stereotypie aufgeben konnten. Die Schilderungen der Beziehungsepisoden selbst ergaben nicht, daß die Beziehungspartner ihnen gegenüber „besser“ eingestellt waren. Der entscheidende Befund ist die größere Wahrnehmungsbeweglichkeit und Erlebnisfreiheit. Sie erreichten größere Affiliation und zugleich Freiheit in der Beobachtung ihres Erlebens. Deshalb ging mit diesen positiven Befunden auch eine Tendenz, sich selbst als freundlicher, vertrauensvoller und akzeptierender anderen gegenüber zu beschreiben, einher.

Die Ergebnisse können also nicht mit einem Streß-Modell erklärt werden, weil die Patienten die eventuelle Unfreundlichkeit ihrer Partner durchaus weiter wahrnahmen, aber sie konnten gelöster und weniger stereotyp darauf reagieren.

Was ist nun, wenn Patienten ihre Feindseligkeit gegen ihren Therapeuten richten und wie verarbeiten Therapeuten eine entsprechende Erfahrung? Diese Frage schließt sich der Logik nach an und so folgt hier nun auch eine Studie von **Clara E. Hill, Ian S. Kellems, Misty R. Kolchakian, Teresa L. Wonnell, u.a.**, die sich wieder mehr dem Erleben und der Verarbeitung auf therapeutischer Seite zuwendet. 13 Therapeuten erinnern sich an 12 direkt feindselige und 13 indirekte Äußerungen der Verärgerung bei ihren Patienten. Sie mussten das Ereignis, aus den letzten 2 Jahren beschreiben, die Persönlichkeit des Patienten und den therapeutischen Verlauf und was sie glaubten, warum der Patient ärgerlich wurde. Desgleichen über Episoden mit Patienten, wo ein Ärger vermutet, aber nicht ausgesprochen worden war. Zu ihrer eigenen Person mussten sie Angaben zu Alter, beruflicher Erfahrung und schulischer Orientierung machen. Es kam zu zwei Interviews mit jedem Therapeuten, die transkribiert und qualitativ analysiert wurden. Das bedeutet, man unterteilt die Episoden in Bereiche und Kategorien der Erfahrung. Das liest sich so:

„All team members independently reviewed the cross-analysis to ensure that the titles of the domains, categories, and subcategories made sense and that the placement of core ideas accurately represented the data“ (S. 479)

Die Dinge müssen also „Sinn machen“ und das tun sie dann auch. Die offen feindseligen Angriffe deuteten auf eine schwache Arbeitsbeziehung hin. Die verdeckten Feindseligkeiten waren fast in jedem Fall eine Reaktion auf irgendeine therapeutische Äußerung oder Verhalten wie z.B. Verspätung zum Stundenbeginn. Bei den offen feindseligen Episoden hatten die Therapeuten weit größere Mühen, ruhig zu bleiben, während sie bei den „stillen“ Episoden eher besorgt um ihre Patienten waren oder um die Aufrechterhaltung einer an sich guten Arbeitsbeziehung. Hier mussten sie die Feindseligkeit weit weniger „managen“ als in den offenen Episoden. Die Gründe für die offene Feindseligkeit suchten die meisten Therapeuten in „situational stress outside of the therapy relationship“ (483).

Therapeuten haben mit dem offenen Ärger ihrer Patienten mehr Schwierigkeiten. Sie fühlen sich nicht gut, können nicht „therapeutisch“ handeln und fühlen sich inkompetent. Oft reagieren sie mit Gegenaggressionen oder Vermeidung. Aber sie konnten solche Episoden besser bewältigen, wenn sie den Kontakt mit dem Patienten dennoch aufrecht zu erhalten suchten und den eigenen Ärger und Frustration fühlten ohne ihn freilich auszudrücken. Die Autoren fügen kritisch methodische Bemerkungen an, v.a. meinen sie, die Befragung von Klienten gehöre eigentlich zu einer solche Studie dazu bzw. die direkte Beobachtung via. Audiovisuelle Medien oder wenigstens Therapietranskripte. Aber immerhin – es ist eine der ersten Studien, die sich dieses Themas der Frustrations- und Ärgerverarbeitung auf seiten der Therapeuten annimmt.

Dem hatte sich, wieder so ein geheimnisvoller untergründiger Verbindungsfaden, auch schon eine Studie „Konflikterleben von Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus“ von **Harald Jurkat, Christian Vollmert und Christian Reimer** im Heft 2/2003 der „Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ angenommen. Auch hier war man ähnlich vorgegangen wie in der

Studie von **Hill**: Ärztinnen und Ärzte waren interviewt und diese Interviews inhaltsanalytisch-qualitativ evaluiert worden. Der Zeitdruck für Verwaltungsaufwand, das gewaltige Ausmaß an übertariflicher Arbeitszeit und die Ungewissheiten der persönlichen beruflichen Zukunft standen hier im Vordergrund – denn diese Erfahrungen werden so verarbeitet, als könnten sie durch persönliche Anstrengungen und ein Mehr an Selbstausbeu-

tung bewältigt werden, was den persönlichen Streß insgesamt nur steigert. Erstaunlicherweise belegen amerikanische Studien, daß US-Ärzte hier eine wesentliche, weniger interne Attribuierung vornehmen und so zu einer besseren Konfliktverarbeitung gelangen. Ein Gefühl, die Dinge selbst unter Kontrolle zu haben, scheinen nicht nur Psychotherapeuten, sondern auch Ärzte im Krankenhaus dringend zu benötigen.

---

### SCHLUßBEMERKUNG

---

Damit bin ich bei meinem Eingangsthema, der Kontrolle, wieder angekommen. Ging es dort um verschiedene Stile, wie eine Situation kontrolliert werden kann, so ist es hier der offenbar vorherrschende Eindruck, überhaupt nur wenig an Arbeitsbedingungen und beruflicher Entwicklung unter persönlicher Kontrolle zu haben. Die Studie von **Hill** und ihren Mitarbeitern verdeutlicht, daß man Psychotherapeuten nicht immer nur mit weiteren Forderungen begegnen kann, weil sie auch intern, innerhalb der therapeutischen Beziehung, gerade von denjenigen, denen sie zu helfen bemüht sind, angegriffen und gelegentlich ziemlich feindselig behandelt werden. Sie verfügen für ihre Patienten über differenzierte Strategien des „empowerment“, diese auf sich selbst anzuwenden im Sinne einer Selbst-Bestärkung könnte nicht schaden, ohne deshalb in jenes geschwollene Gehabe zu verfallen, das in der Öffentlichkeit eher abstoßend wirkt. Aber von der Öffentlichkeit mehr Unterstützung zu fordern, statt deren Erwartungen nur nachzukommen, könnte auch ein Aspekt psychotherapeutischer Identität sein, den wir bislang zu wenig reflektiert haben.