

# PSYCHO-NEWS - LETTER NR. 31

EIN KLEINER LITERATURRUNDFLUG

---

Im Auftrag der DGPT  
von  
Michael B. Buchholz  
email : [buchholz.mbb@t-online.de](mailto:buchholz.mbb@t-online.de)  
Mitte April 2005

## TRIAL? – AND ERROR!

---

**G**ut erinnere ich aus Jahren des Studiums noch den Namen von **Edward Lee Thorndike**, jenem Verhaltenstheoretiker, der eine Katze in einem Käfig ohne Futter hielt. Aber der Käfig hatte einen Hebel. Wenn sie den zufällig bediente, rollte ein Futterkugelchen vor das hungrige Tier und schnell hatte sie begriffen, was sie zu tun hatte, um ihren Hunger zu befriedigen. Und **Thorndike** hatte das Prinzip von Versuch-und-Irrtum entdeckt, von Trial-and-Error. Das Tier versucht, probiert herum, irrt sich – aber was erfolgreich ist, wird wiederholt. Operante Konditionierung hieß das auch und wurde der klassischen Konditionierung, wie sie **Iwan Pawlow** an jenem sagenumwobenen Hundetier beschrieb, entgegen gesetzt. Die einen lieben Hunde, die anderen Katzen.

**Thorndike** war aber kein kruder Behaviorist, sondern ihm war damals schon aufgefallen, daß seine Katze offenbar auf keine andere Weise lernte, wo das Futter her kommt, als Wissenschaftler auch; der Erfolg weist den Weg und gibt Recht. Wissenschaftler tun das verfeinert, sie können nicht nur herumprobieren wie das Tier, sie können experimentieren und dazu die Bedingungen des Experiments systematisch variieren und über Regeln des Experimentierens diskutieren und ihre Diskurse reflektieren. Das ist immer auch nötig, weil es immer andere gibt, die es anders machen, mit denen man dann im Streit liegt. Gleichsam als Wunder wurde es von vielen empfunden, daß die experimentelle Strategie gerade dann – in den 1920er Jahren - als bereits im Tierreich basal fürs Lernen ausgewiesen wurde, als an ihr sich erhebliche Zweifel geregt hatten und immer noch regen. Das schien, als könne es nichts anderes als die Wahrheitsfindung durchs Experiment ausschließlich geben; es schien ja naturhaft, evolutionär gleichsam, angelegt zu sein.

Experimentieren ist damals mehr und mehr zu *der* Forschungsmethode in der Psychologie avanciert – in Abgrenzung gegen die geringgeschätzte Introspektion. Daß die Psychologie mit der Vertreibung des Geistig-Seelischen auch den Verstand verloren habe, ist ein Bonmot, das der Bochumer Ordinarius **Heinz Heckhausen** dann 1975 in der „Psychologischen Rundschau“ geprägt hatte, als er, gewiß kein Psychoanalyse-Freund, sich gegen die „Verwüstungen“ durch den Behaviorismus wandte. Unbenommen davon blieb, daß das Experimentieren als eine, wie man heute sagen würde, kognitive Strategie identifiziert wurde; und weil es die schlechthinige kognitive Strategie der gesamten Psychologischen Forschung blieb, folgt dieser Logik auch das harte Programm des „randomized controlled trial“, wie es als Gipfelpunkt der systematischen Methodologie im Bereich der empirischen Psychotherapieforschung vielfach schon beschrieben

wurde; hier zuletzt in meinem PNL-25 vom Oktober 2004. Es lohnt sich, darauf erneut zurück zu kommen.

#### EINE DEBATTE IN DER MEDIZIN

---

Denn die strenge Methodologie des „randomized controlled trial“ (RCT) erfährt derzeit eine leidenschaftlich kontroverse Diskussion in jenem Gebiet ihres Ursprungs, der Medizin, von wo sie in die Psychotherapieforschung importiert wurde.

**Drew Westen** et al. (2004) haben – ich habe darüber im PNL-25 ausführlich berichtet – die stillschweigenden, doch höchst problematischen *Hintergrundannahmen* von RCTs in der Psychotherapie untersucht, z.B. die Annahme, daß eine psychotherapeutische Methode unabhängig von der Person des Behandlers untersucht werden könne, daß sie die Einheitlichkeit der Störungen unabhängig von Alter, sozialem Status etc. bei Patienten voraussetzen müsse und daß sie der Fiktion huldige, daß alle Störungen sich grundsätzlich „behämmern“ (sprich: verändern) lassen, wenn man nur lange genug nach den geeigneten Interventionen sucht. RCTs gehören klar in ein medizinisches, störungsspezifisches Verständnis von Psychotherapie, wie es Wampold (2001) in seinem großen metaanalytischen Überblick, gerade unter Rückgriff auf empirische Befunde, längst angegriffen hatte. Besser jedoch, so diese Autoren, sei es, die Psychotherapie insgesamt als ein sozialwissenschaftliches Unternehmen aufzufassen. RCTs könnten auf keinen Fall psychotherapeutischer Praxis enge Vorgaben machen; auch könnten sie nicht darüber befinden, ob irgendeine Methode als „empirically supported“ gelte und einer anderen vorzuziehen sei. Kliniker freilich sollten empirisch *informiert* behandeln – die Strenge der RCT-Methodologie ist zu dieser Formel herabgemildert worden und dagegen kann schließlich niemand etwas haben.

Etwas anders argumentiert **Peter M. Rothwell** von der „Stroke Prevention Research Unit“ in Oxford in drei aufeinander folgenden umfangreichen Beiträgen in der höchst angesehenen Mediziner-Zeitschrift

„Lancet“ (2005, Bd. 365). Es geht ihm anders als **Drew Westen** nicht um die stillschweigenden *Voraussetzungen*, sondern um das, was die RCT-Methodologie systematisch übersieht. Ihn interessieren die *Folgen* von *allgemeinen* Erkenntnissen für die immer *individuelle* Praxis medizinischen Behandeln. Kann ein Befund, der metaanalytisch sicher ist, umstandslos die Behandlung eines Patienten gleichsam dirigieren? Spielen nicht andere Momente hinein? Gelten für eine gegebene Erkrankung immer die gleichen Behandlungen, unabhängig von Alter, Geschlecht, Rasse, sozialem Status, Vorbehandlungen, Gesundheitssystem, lokalen Bedingungen und Versorgungsmöglichkeiten? Gibt es Beispiele in der Medizin, wo eine metaanalytisch geprüfte Methode dennoch im individuellen Fall falsch war und schädliche Folgen nach sich zieht? Um diese Frage sogleich zu beantworten – die Antwort ist: ja. Die von **Rothwell** aufgelisteten Befunde und Beispiele sind beeindruckend.

Da es um ein Übersehen, um selektive Wahrnehmung durch eine wissenschaftliche Methode geht, wird die Sache der Meta-Analyse auf dem Terrain der Medizin als höchst problematisch diskutiert und psychotherapeutische Forscher sollten sich für diese Debatte interessieren, denn daraus erwachsen naturgemäß Konsequenzen für unser Feld. Eine realistischere Einschätzung psychotherapeutischer Befunde aus Meta-Analysen kann nur bedeuten, sie an der Praxis zu messen und das heißt ganz klar: Meta-Analysen stellen *eine*, aber nicht *die*, und schon gar nicht *die ausschließliche* Informationsquelle dar. Realistisch heißt hier zu relativieren.

Der erste Beitrag von **Rothwell** stellt die Frage nach der externen Validität von RCTs: „To whom do the results of this trial apply?“ Externe Validität – das heißt im Grunde einfach, inwieweit ein experimentell ermitteltes Ergebnis auch *außerhalb* des engen expe-

rimentellen Rahmens erfolgreich Anwendung findet.

Hingewiesen wird in aller Deutlichkeit, daß es eine beträchtliche Kluft zwischen RCT-Befunden und Anwendungen in der Praxis gibt und diese Kluft werde gemeinhin beträchtlich unterschätzt. Zwei Arten von Gründen werden für das Entstehen dieser Kluft genannt:

- a) Die Vernachlässigung der externen Validität. Dazu gehören beispielsweise
  - Forschungen zu RCT haben ein massives Übergewicht gegenüber anwendungsbezogener Forschung
  - Regeln zur Durchführung von RCTs berühren die externe Validität überhaupt nicht
  - Forschungsrichtlinien von Geldgebern (UK Medical Research Council) machen keinerlei Vorgaben zu Fragen der Anwendbarkeit im klinischen Alltag
  - Ethik-Richtlinien fordern meist nicht mehr, als daß RCTs intern valide sein sollen, erheben aber so gut wie nie Forderungen über die *allgemeine* Anwendbarkeit von Ergebnissen
  - Befunde werden meist als erfolgreich mitgeteilt, aber oft versteckt, daß es sich um interne (also innerhalb der experimentellen Bedingungsvariation) Validitäten handelt; suggeriert wird häufig ohne weitere Nachweise, daß die untersuchten Medikamente die gleiche Wirkung auch im Alltag haben werden
  - Es gibt keine allgemeinen Richtlinien, wie RCTs eingeschätzt werden können.
- b) Aspekte, die die externe Validität beeinflussen werden massiv vernachlässigt. Dazu gehören aus **Rothwells** Auflistung beispielsweise:
  - Das Gesundheits- und Versorgungssystem im allgemeinen, das Land (Nationalität), die Auswahl der teilnehmenden klinischen Zentren, der einzelne Kliniker
  - Die Auswahl der Patienten: Ausschluß-Kriterien, Anzahl derer, die die Randomisierung abgelehnt haben (was in

der Psychotherapie ein besonders wichtiger Punkt ist)

- Die nicht-klinischen Charakteristika der in eine Studie aufgenommenen Patienten wie z.B. Alter, Hautfarbe, allgemeine Pathologie, Komorbidität, Stadium der Krankheitsentwicklung
- Differenzen zwischen RCT und Routine-Praxis wie z.B. das „timing“ einer Intervention, ihre Adäquatheit, Ausschluß von anderen (wirksamen) Behandlungen, denen ein Patient sich noch unterzieht
- Fehlen von negativen Berichten wie z.B. Abbruch-Quoten, Einschätzung der klinischen Erfahrung von teilnehmenden Zentren bzw. teilnehmenden Klinikern, Ausschluß von Risikopatienten, Beachtung von besonders begünstigenden Bedingungen während des RCT, die aber in der Routine nicht gegeben sind

Von den Beispielen für die nationalen Differenzen der Gesundheitssysteme entnehme ich dem Beitrag nur eines. In einem internationalen Vergleich von Aspirin und Heparin mit fast 20.000 Patienten mit akutem ischämischen Herzversagen erhielten in Italien 50% der Patienten die wirksame Medikation, während es nur 3% in anderen Ländern waren. Der Autor schreibt:

“These inevitable limitations do not invalidate the results of RCTs and systematic reviews, and they are mentioned here partly for the sake of completeness, but the importance of patient preference, placebo effects, and the doctor-patient-relationship outside trials should not be underestimated” (S. 83).

Für die Einschätzung klinischer Kompetenzen werden Beispiele gebracht; an manchen Zentren nehmen nur jene Chirurgen an der Erprobung einer neuen Methode teil, die über die Maßen erfolgreich sind – was natürlich bedeutet, daß die Methode in der Praxis, angewendet von weniger erfahrenen Chirurgen, eher scheitern könnte.

Bei anderen Studien über Herzinfarktrisiken bzw. dessen Behandlung hat man Patienten älter als 75 Jahre ausgeschlossen, ohne das im einzelnen zu begründen. Bei Placebo-Studien werden häufig die non-

compliant-Patienten ausgeschlossen. Dafür kann es gute Gründe geben, aber das senkt natürlich die externe Validität erheblich, ohne dass dies beim Verkünden der Ergebnisse mitgeteilt und besonders beachtet würde.

Dies alles führt den Autor schließlich zu einer Auflistung von Beispielen, wo die Wirkung bestimmter Medikamente durch RCT als hilfreich, in der Praxis jedoch als schädlich nachgewiesen werden konnte. Und umgekehrtes gibt es auch; Beta-Blocker helfen bei manchen Herzerkrankungen, sind aber in RCT-Studien öfter als schädlich oder wenig hilfreich ausgewiesen worden.

**William Summerskill** aus London antwortet auf diese erste Themen-Exposition, indem er die Frage danach, ob ein individueller Patient denen aus einer Studie ähnelt oder nicht, als berechtigt anerkennt, denn davon hängen Behandlungsentscheidungen ab. Und er warnt:

“It is always easy to find reasons why a patient is different from trial participants. This is one reason that the more family practitioners feel they know their patients, the less likely they are to apply external evidence to guide management. But are paternalistic assumptions in patients' best interest?”

Nun, ich empfinde die letztere Frage als Indiz, um was es in dieser Debatte auch noch gehen könnte; nämlich um das Bild des Arztes. Aber sehen wir einmal, wie **Rothwell** und seine Ko-Autoren weiter argumentieren.

Die bisherige Argumentation könnte verstanden werden als Forderung nach größerer Genauigkeit der RCTs, etwa, indem man die Untergruppen – Alter, nationale Zugehörigkeiten, Vorbehandlungen, weitere Erkrankungen etc. – in die Bedingungsvariation einbezieht. Genau dieser Frage ist der zweite Beitrag von **Rothwell** gewidmet.

Bezüglich der Untergruppen ergibt sich ein unauflösliches Dilemma: die Statistiker können aus methodischen Gründen nicht hinnehmen, wenn Untergruppen post hoc gebildet werden, die Kliniker müssen hingegen Untergruppen respektieren, wenn sie nach pathophysiologischen Prinzipien gebildet werden. **Rothwell** schließt sich der Forderung an, Untergruppen müssten vor dem ex-

perimentellen trial gebildet werden und über sie sollte vor allem so berichtet werden, daß der Leser über Grade absoluter und relativer Risikoreduktionen erfährt. Weil auch dann immer noch Fehler – falsch positive und falsch negative – bestehen bleiben können, gelte die Forderung:

„The best test of the validity of subgroup analyses is not significance but replication“ (S. 182).

Und damit der Kliniker sie nutzvoll lesen könne, müßten ihre Daten nicht in Form von prägnanten „Werbesprüchen“ aufbereitet werden, sondern RCTs

„should be designed, analysed, and reported in a way that allows clinicians to use the results as effectively as possible in routine practice“. (S. 184).

Kliniker, so führen **Rothwell und Koautoren** in einem dritten Teil aus, müssen nämlich Behandlungsentscheidungen auf der Basis einer Wahrscheinlichkeitsentscheidung treffen können, wonach ein individueller Patient von einer Behandlung profitieren wird. Dazu müssen Fähigkeiten ins Spiel kommen wie insbesondere die, die Eigenarten eines Patienten sowie ihre Wechselwirkung untereinander, die Risiken und den Nutzen von Interventionen abschätzen zu können sowie die Patienten mit individualisierten Einschätzungen des wahrscheinlichen Behandlungserfolges oder – mißerfolges zu beteiligen. Dies alles weit vor Überlegungen über Psychotherapie, nein hier wird an *medizinischen* Beispielen die Problematik von RCTs diskutiert. Der Vorschlag lautet, nicht einfach die Ergebnisse von RCT-Studien „anzuwenden“, sozusagen „unter Absehung von der Person“, sondern gerade umgekehrt den Kliniker mit Risiko-Modellen auszustatten:

„Risk models allow clinicians to take into account the many characteristics of an individual patient and their interactions in a logical and systematic manner, to consider the risks and benefits of interventions separately if needed, and to provide patients with personalised estimates of their likelihood of benefit“. (S. 264)

Man mache sich klar, was da steht! Hier ist zwar die Rede von statistischen Risiko-Modellen auf der Basis von empirischen Befunden – aber gefordert wird natürlich

nicht, daß der Kliniker sich nun an den Rechner setzt und Wahrscheinlichkeiten der Wirksamkeit auf der Basis der Eingabe von individuellen Patientendaten errechnet. Denn das könnte kein Rechner, selbst wenn man voraussetzen würde, daß die relevanten Variablen überhaupt bekannt sind (was sie ja keineswegs immer sind). Selbst moderne

Hochleistungsrechner sind nämlich, wie man aus Überlegungen im Zusammenhang der Chaostheorie weiß, überfordert, wenn sie die chaotische Entwicklung von auch nur 10 Variablen berechnen sollen; schnell nimmt die Anzahl möglicher Entwicklungen eine Größenordnung an, die die Rechenkapazitäten überschreitet.

#### IST DESHALB ABER DIE INDIVIDUELLE BEHANDLUNG UNMÖGLICH?

---

Nein, nur deren Simulation auf einem Rechner. Ein gut ausgebildeter Kliniker, so darf jedenfalls vermutet werden, ist in der Lage, solche komplexen „Berechnungen“ durchzuführen, gerade weil er nicht „rechnet“, sondern Gestalten bildet, die sich ihm auf dem Hintergrund von Theorien und Theoriefragmenten ergeben haben, die sich als „Erfahrung“ und nicht als „Wissen“ sedimentiert haben. Erfahrung ist partizipativ, Wissen repräsentational; Erfahrung kann nicht, Wissen hingegen muß gelehrt werden. Erfahrung stirbt mit der Person, Wissen überdauert das individuelle Leben. Das ist eine andere kognitive Strategie als das Experimentieren, manche würden sie auch als eine philosophische Unterscheidung bezeichnen.

Obwohl sie darauf nicht Bezug nehmen, fragen **Simon G. Thompson** und **Julian P. Higgins** in ihrem „Lancet“-Anschlussbeitrag: „Can meta-analysis help target interventions at individuals most likely to benefit?“ Die Ergebnisse der meta-analytischen Kollationierung von empirischen Befunden zu einem bestimmten Problemfeld, so gestehen sie gleich zu Anfang zu, „can seem remote from the issue of how to treat individual patients, and even somewhat irrelevant to clinical practice“. Um die Kluft zwischen der Forderung, empirische Evidenz einerseits und individuelle Momente angemessen in die Behandlungsentscheidung einzubeziehen, zu überbrücken, schlagen auch sie die Analyse von Subgruppen vor und wenn diese nicht vorliege, müsse der „overall effectiveness“ gefolgt werden. Jedoch:

„We should only make different decisions for specific patient groups when strong evidence supporting these decisions becomes available. For policy decisions at a national level, cost-effectiveness has to be considered in addition to clinical effectiveness“ (S. 345)

fügen diese beiden Autoren hinzu. Damit wird eine besondere Dimension der Debatte sichtbar: auf der Ebene *politischer* Entscheidungen ist es gewissermaßen leichter, sich an die Befunde von statistischen Analysen zu halten; hier ist eine Global-Steuerung von Maßnahmen auch unter Kosten-Gesichtspunkten sinnvoll und möglich. Auf der Ebene individueller Behandlungsentscheidungen jedoch sehen die Dinge anders aus:

“Individual patient data meta-analysis should be seen as more than merely a gold standard method for doing simple meta-analysis. For example, patient subgroups can be consistently defined and systematically contrasted for evidence of possible differential treatment effects. Prespecification of a limited number of such patient subgroups can help guard against the risk of false positive results. Individual data meta-analysis would then be explicitly designed to directly address the best targeting of interventions”.

Mit dieser Forderung nach solchen aufs Individuum zugeschnittenen Meta-Analysen endet der Beitrag dieser Autoren. Und ich, offen gestanden, verstehe das als ein indirektes Eingeständnis, daß im Fall individueller Behandlungsentscheidungen von Meta-Analysen bisherigen Zuschnitts keine Hilfe zu erwarten sein kann – aus prinzipiellen statistischen Erwägungen! Bestenfalls können Meta-Analysen Richtungen vorgeben, Orientierungen des Suchens und v.a. festle-

gen, was mit Gewissheit ein Behandlungsfehler wäre. Professionelle Praktiker aus Medizin oder Psychotherapie sollten empirisch *informiert* sein, nach der einprägsamen Formel von **Drew Westen et al.** Aber ihre Entscheidungen können ihnen durch Meta-Analysen nicht abgenommen werden. Wenn man all diese Überlegungen auf die Psychotherapie(-forschung) überträgt, könnte einem schwanen, daß mit der Favorisierung von RCTs als *allein* seligmachender Entscheidungsbasis für Annahme oder Ver-

werfung von therapeutischen Methoden irgendetwas gewaltig schief gelaufen sein muß, jedenfalls sobald man sich von der Ebene der globalen Entscheidung wegbe- wegt. Denn in der Psychotherapie müßten wir ja nicht nur Subgruppen von Patienten, wir müßten auch die von Therapeutinnen und Therapeuten differenzieren (wegen der interaktiven Effekte) und da wäre gewiß bald ein Ende der Berechnungskapazitäten erreicht.

#### UND SIE BEWEGT SICH DOCH...

Dennoch operiert Psychotherapie, aber offenbar nicht in einem medizin-analogen Sinn. Weil schon in der Medizin die methodisch-statistischen Dinge ins zweifelnde Rutschen kommen, sollten die Psychotherapeuten hier sich nicht unbedingt daran *allein* halten; vielleicht verrutscht nur alles andere dann mit. Vielmehr scheint es so zu sein, daß auch umgekehrt in jeder einzelnen psychotherapeutischen Interaktion etwas bewegt wird, das Rückschlüsse auf das Gesamt zulässt. Ich will dafür ein Beispiel aus meiner Zeitschriftenlektüre geben.

**Maria Egbert** und **Jörg Bergmann** betrachten Angst als ein nicht nur seelisches Phänomen, sondern als etwas, das der interaktiven Hervorbringung bedarf. Ihr Beitrag ist erschienen im letzten Heft (4/2004) von „Psychotherapie und Sozialwissenschaft“; **Tom Levold** teilt in einem Editorial mit, daß die Zeitschrift aus Kostengründen ab dem Jahr 2005 beim Psychosozial-Verlag erscheinen wird (das Abo wird billiger). **Egbert/Bergmann** referieren zunächst, wie Kognitions- und Neurowissenschaften immer mehr dazu übergegangen sind, sich bei der Untersuchung von Angst auf „objektive“ Meßgrößen zu verlassen. Das ist, wie einen die Praxis jeden Tag belehrt, derartig dann popularisiert worden, daß Patienten schon bei der telefonischen Anmeldung „wissen“, daß sie an einer Angst- und Panikstörung leiden und entsprechend fragen, ob man diese oder jene Therapie ausübe? Wenn nicht, gehen sie zu jemand anderem. Betrachtet man solche Vorkommnisse unter

einem *medizinischen* Blickwinkel, darf einem auffallen, daß sich hier eine kleine Verschiebung artikuliert: Patienten scheinen bereits zu wissen, welche Krankheiten sie haben, sie warten die Diagnose nicht ab und manche drohen unverhohlen mit Abbruch, wenn der Behandler anders behandelt, als sie verordnen. Unter einem *ethischen* Blickwinkel betrachtet, kann man darin auch eine Zunahme von Patienten-Autonomie erkennen, sie fordern die Praxis des „informed consent“. Unter einem Blickwinkel der Interaktion und Kommunikation ergeben sich andere Überlegungen, denen sich **Egbert/Bergmann** zuwenden; sie haben ein Forschungsprojekt ins Leben gerufen, das sich der kommunikativen Darstellung von Angst und deren klinischer Repräsentation widmet.

Offenbar ist es ja so, daß die *Darstellung* von Angst gegenüber einem Behandler, wie sich schon unter medizinischem Blickwinkel zeigt, unterschieden werden muß vom *Erleben* der Angst. Angsterleben ist durch Philosophen wie **Heidegger** oder **Kierkegaard** als menschliche Grundverfasstheit thematisiert worden, in der Psychoanalyse galt die Angst als Signal, in der Physiologie kann man objektive Angstkorrelate nachweisen. Aber in der kommunikativen Situation, wenn die Angst *dargestellt* wird, spielt die körperliche Präsentation, gleichsam das „Sich-Winden-vor-Angst“ eine wesentliche Rolle ebenso wie die Beziehungsregulierung unter Mitbeteiligung des Behandlers. Angst ist nämlich ein Gefühl, das kommunikativ nicht „nachgewiesen“ werden kann. Man

kann *sagen*, daß man Angst hat – aber der Hörer bleibt auf die *Darstellung* der Angst verwiesen, wenn er Glaubwürdigkeit prüfen will. Das ist mit anderen Gefühlen übrigens nicht anders; jeder, der schon einmal beteuert hat „ich liebe Dich (aber wirklich!)“, weiß, wovon hier die Rede ist. Weil ein Patient nun von einer solchen strukturellen Paradoxie der Angst Erfahrung hat, kann er sich „denken“, wie sein Gegenüber „denkt“; der Patient muß „mentalalisieren“, das Denken des Anderen denken und um erhöhte Glaubwürdigkeit zu erlangen, muß er seine Angstdarstellung intensivieren. Zugleich weiß er aber, daß solche Intensivierung seine Glaubwürdigkeit gerade herabsetzt, weil das Geschauspielerte daran natürlich dem Anderen erkennbar sein könnte. Dem Behandler teilt sich just dieses Dilemma mit und es stürzt ihn in nicht geringe Schwierigkeiten. Wenn er rasch signalisiert, daß er den Patienten versteht, könnte dieser die Intensivierung der Angstkommunikation beenden; aber dann ist vielleicht noch nicht „alles“ von der Angst beim Therapeuten aufgenommen? Wenn der Therapeut zu lange zögert, muß die Angstmitteilung intensiviert werden, um ihn zu überzeugen – und der Patient stürzt sich in das Glaubwürdigkeitsdilemma, was der Therapeut spürt und zu denken beginnt, es handle sich „eigentlich“ um ein anderes Problem, z.B. um eine verdrängte Wut. Die Frage, die **Egbert/Bergmann** nun interessiert ist, wie handhaben Beteiligte eine solche Schwierigkeit? Das ist grundlagentheoretisches Neuland, weil es dazu noch keine Untersuchungen gibt. Studiert wird also ein Einzelfall, genauer: das sorgfältige Transkript eines Gesprächs mit einem stationär aufgenommenen Patienten. Ein Befund lautet, daß der Patient vom „linguistischen Mittel der Passivität“ Gebrauch macht. Das kennen Kliniker gut. Solche Patienten sprechen davon, die Angst habe sie „überfallen“ – die Person bleibt passiv, man hat nur „reagieren“ müssen. Lediglich die Beobachtung auf den „Anfall“ oder „Überfall“ wird im grammatischen Aktiv dargestellt. Und interessanterweise reagieren Therapeuten ihrerseits passiv, aber nicht grammatisch, sondern interaktiv. Im hier unter-

suchten Transkript gibt es keine verbale Mitteilung des Therapeuten außer einem kurzen Nicken oder einem vieldeutig auslegbaren „mhm“. Die Autoren schreiben klar: „Ganz zweifellos leiden Patienten unter ihren Ängsten, und sie berichten in der therapeutischen Situation über ihre Gefühle und Erfahrungen“. Es kann also nicht darum gehen, die Darstellung gegen die „eigentliche“ Angst auszuspielen. Offenbar jedoch sind solche gegenseitigen Passivierungen, ja beinahe schon Lähmungen so etwas wie gesprächsweise Hilfsmittel, mit dem beschriebenen Dilemma umzugehen ohne daß den Beteiligten überhaupt klar wäre, daß sie hier in einem solchen Dilemma verstrickt sind. Es entsteht ja auch nicht aus der individuellen Störung, sondern aus den strukturellen Problemen der Kommunikation eines Affekts, der sozusagen in der Interaktion nicht „nachgewiesen“ werden kann.

Ein anderer Befund lautet, daß die Ängste als etwas Äußeres und Fremdes dargestellt werden und dabei machen Patienten von der Analogie mit der medizinischen Untersuchungssituation Gebrauch: Eine körperliche Verletzung kann dem Arzt gezeigt, eine Veränderung der Blutwerte kann im Befund objektiviert werden – aber Angst? Angst muß dargestellt werden und verstrickt die Beteiligten zunächst in solche Dilemmata und der therapeutische Prozeß, so läßt sich vermuten, könnte dann verstanden werden als Suche nach einem Ausweg, in deren Verlauf es zu einer gemeinsamen besseren Bewältigung kommt. Die Schlussfolgerung könnte sein, in der Untersuchung therapeutischer Kompetenz ein weit stärkeres Augenmerk auf die Handhabung des therapeutischen Rahmens zu legen; das legt in diesem Heft von „Psychotherapie und Sozialwissenschaft“ auch der Beitrag von **Vera Saller**, Ethnopsychanalytikerin aus Zürich, nahe. Sie fasst die Psychoanalyse unter Rückgriff auf die Arbeiten von **Toby Nathan**, einem Schüler von **George Devereux**, als ein Heilritual auf, das sich in Beziehung setzen läßt zu Heilpraktiken in anderen Kulturen. Der Rahmen der therapeutischen Situation bildet den sinnstiftenden Kontext, aber meist ist er in seinen Wirkungen und Bedeutungen für die Beteiligten nicht bewußt; seine Handha-

bung ist vielleicht wichtiger als die neurosen-theoretische Einordnung einer Störung des Patienten. Denn diese verbleibt noch im medizinischen Rahmen, ohne ihn dann selbst thematisieren zu können.

Daß auch Empathie etwas ist, das der gemeinsamen Herstellung bedarf, ist Thema des Beitrages von **Armin Koerfer, Rainer Obliers** und **Karl Köhle**, ebenfalls im Heft 4/2004 von „Psychotherapie und Sozialwissenschaft“. Sie wollen Empathie als kommunikative Kompetenz in der ärztlichen Sprechstunde fördern und haben dazu festgestellt, daß Hausärzte häufig Emotionen abwehren, weil sie fürchten, „aufs Glatteis“ zu geraten. Die **Egbert/Bergmann**-Studie könnte deutlich machen, warum sie das fürchten. **Koerfer** und seine Koautoren stellen fest, daß diese Angst auf seiten der Behandler zu einer ganz bestimmten kommunikativen Praxis führt. Ärzte übernehmen sehr schnell, innerhalb der ersten Gesprächsminute die Initiative der Gesprächsführung, indem sie Fragen stellen. Ein solcher *interrogativer* Sprachstil springt die Patienten eher zum Schweigen, sie antworten dann auf die Fragen und das mindert die Angst der Beteiligten, indem das Gespräch scheinbar versachlicht wird. Kann es gelingen, Ärzte zu einem Wechsel von einem interrogativen Stil zu einem narrativen Stil zu motivieren? Dazu wird ein Manual entwickelt, das ganz einfache Punkte enthält wie

- Beziehung aufbauen
- Anliegen anhören
- Emotionen zulassen
- Details explorieren
- Vorgehen abstimmen
- Resümee ziehen

und das in genau dieser Einfachheit dem Arzt gleichsam zur Erinnerung in die Tasche gesteckt wird. Es hat eine „Memo-Funktion“, indem es den Arzt an das in Balint-Gruppen-Arbeit Gelernte erinnert. Im günstigen Fall kommt es dann dazu, daß der Arzt im Fall eines emotionalen Patientenangebotes mit einer „Relevanzhochstufung“ reagiert, indem er etwa einfach nur teilneh-

mend „ach ja!“ äußert, was dann regelmäßig dazu führt, daß der Patient ein erweitertes Angebot macht, das zu einer erneuten Hochstufung führt und sich so allmählich ein Gefühl des Verstanden- und Angenommenwerdens aufbaut. Eine so wichtige therapeutische Komponente wie Empathie kann dann in einer Lehr-Lern-Spirale ausgebaut werden, die sich über die Stufen Training -> Evaluation -> Theorie -> Reflexion -> Training erstreckt, wobei es gar nicht wichtig ist, an welcher Stelle der Spirale mit dem Lernen begonnen wird. Aber wer mit dieser Methode unterrichtet wurde, findet offenbar auch in entgleisten emotionalen Dialogsituationen verbesserte Chancen zu einem „Neustart“.

**Sandra Reinecke, Eva Hampe, Hertha Richter-Appelt, Olaf Hiort** und **Ute Thyen** berichten im nächsten Beitrag von „Psychotherapie und Sozialwissenschaft“ (Heft 4/2004) Ergebnisse einer Interview-Studie zum Thema der Intersexualität. Intersexualität ist eine seltene Störung, bei der es sich um eine Abweichung im Sinne einer fehlenden Übereinstimmung zwischen chromosomalem, gonadalem und phänotypischen Geschlecht handelt. Die Autoren schätzen die Inzidenz auf etwa 15.000 Personen in Deutschland. Hier werden drei Betroffene und Eltern von betroffenen Säuglingen interviewt. Die Mitteilung der Diagnose und deren Verarbeitung erweist sich als ein besonderes heikles Problemfeld, die Reaktionen der Umwelt müssen verarbeitet werden und v.a. ist es für Betroffene bzw. Eltern schwierig, überhaupt nur geeignete Hilfe zu finden, weil die meisten medizinischen Institutionen eher hilflos oder abwehrend reagieren. Sich selbst zu informieren scheint der Ausweg dann zu sein mit der Bildung von Selbsthilfegruppen auch zur Bewältigung der sozialen Stigmatisierung. In der sozial erzwungenen Geheimhaltung scheint ein traumatisches Potential zu liegen, wie man sich vorstellen kann. Auch hier käme der Handhabung des Rahmens, wie **Saller** nahelegt, eine besondere Bedeutung zu, die sich hilfreich oder iatrogen auswirken kann.

**GESELLSCHAFTLICHES – ENDE DES  
PATRIARCHATS WIRD ERNEUT AUSGERUFEN**

Das Heft 3/2004 des „International Forum of Psychoanalysis“ widmet sich den Folgen von **Bowlbys** Bindungstheorie für die therapeutische Praxis und auch das ist ein Aspekt der Handhabung des Rahmens. **Mauricio Cortina** und **Mario Marrone** stellen kurz die Bindungskonzeption dar, um zu sondieren, warum sie zunächst in der psychoanalytischen community vehement abgelehnt, dann aber in den letzten 10 Jahren ein so breites Echo fand. Zunächst wurde die Bindungstheorie als eine Theorie normaler Entwicklung verstanden – und indem **Bowlby** Bindung als Verhaltenssystem auffasste, habe er „inadvertently contributed to the failure of many psychoanalysts to see that he was contributing a new theory of *motivation* based on control theory and ethological concepts rather than on Freud’s dated theory of drives based on atavistic impulses and psychic energy“. Bindung wurde aber auch als relationale Theorie der Interaktionen verstanden, als eine Theorie der Codierung von Erfahrung in verschiedenen Gedächtnis-Systemen und schließlich als eine Theorie der Angst, worin sich der Bogen zu **Egbert/Bergmann** schließt. Aber darin habe die Bindungstheorie **Freuds** Auffassungen widersprochen und man übersah das Potential, die Bindungstheorie als eine allgemeine Affekttheorie und auch als Abwehrlehre aufzufassen. Die Wahrnehmung der Bindungstheorie war also geprägt von der Vorstellung einer „Abweichung“ und das blockierte die Wahrnehmung ihres innovativen Gehaltes. Das ging einher mit einer Ignoranz der Realität gegenüber: „With a few notable exceptions, the psychoanalytic community colluded for too long in ignoring the reality of the maltreatment and neglect of children“ (S. 139). Als diese Ignoranz durchbrochen werden musste, konnte auch die innovative Leistung von **Bowlby** gewürdigt werden, wozu die entwicklungspsychologischen Beobachtungen über das Elend kindlicher Realitäten ebenso beitrugen wie

die gesamte Hochkonjunktur der baby-watcher.

In seinem Buch „Das Patriarchat“ von 1975 hatte **Ernest Bornemann** über „Ursprung und Zukunft unseres Gesellschaftssystems“ (so der Untertitel) nachgedacht. Einige der Gegenüberstellungen zwischen Matriarchat und Patriarchat gibt er so wieder (S. 519)

<b>Matriarchat</b>	<b>Patriarchat</b>
Zusammengehörigkeit	Vereinzelung
Zusammenarbeit	Konkurrenz
Kollektivismus	Individualismus
Hingabe	Ausbeutung
Sicherheit	Erwerb
Selbständigkeit	Autorität
Keine Polizei	Polizeiapparat
Keine Gefängnisse	Strafvollzug
Vergebung	Bestrafung
Arbeit als Befriedigung	als Mittel z. Geldverdienen
Anteilnahme	Neid

(Ich stelle das hier nur aus Interesse zusammen, weil es manchmal informativ ist sich zu erinnern, was einmal einflussreich war)

**Tirril Harris** aus London untersucht die Möglichkeiten der Bindungstheorie in der therapeutischen Praxis in allen Stadien des therapeutischen Prozesses, insbesondere bei der Ausbildung des Arbeitsbündnisses. An Fallbeispielen zeigt sie, daß das Arbeitsbündnis Komponenten früher Bindungserfahrung aufnimmt, auf die sich der Therapeut je nach Bindungsmuster seines Patienten einstellen sollte. Auch das Ehepaar **Millán/Millán** aus Mexiko unterstreicht, dass Bindungskomponenten „Spuren der Entwicklungsgeschichte“ enthalten und bringt diese in Verbindung mit der Charakterentwicklung. In weiteren Aufsätzen wird die Nützlichkeit des Bindungskonzepts am Beispiel der Behandlung autistischer Kinder erprobt und Hilfemöglichkeiten für deren Eltern sondiert. Die Fallbeispiele kann ich hier nicht wiedergeben.

Das Heft 4/2004 des „International Forum of Psychoanalysis“ widmet sich dem Thema „Identity in the Postmodern World“. Eröff-

net wird es mit dem Beitrag von **Helmut Thomä**, der deutschen Lesern aus der entsprechenden Veröffentlichung im deutschsprachigen „Forum der Psychoanalyse“ bekannt sein dürfte. **Thomä** verwirft die Vorstellung einer einheitlichen psychoanalytischen Identität, die sich gegen empirische Forschung immunisieren lasse. Mehr und mehr, so hofft er auf dem Hintergrund teils recht persönlicher Mitteilungen aus seiner eigenen Berufsbiographie, werde die Psychoanalyse ein „normaler Beruf“ mit empirischer Forschung zur Begleitung werden. Er empfiehlt statt von „Identität“ von „psychoanalytischer Haltung“ zu sprechen, ein berufliches Selbst also, das mit dem persönlichen Selbst eine enge Verlötung eingeht. **Thomä** geht es auch darum, die gewissermaßen feudale Linie in der psychoanalytischen Traditionsbildung zu verabschieden. Er möchte nicht mehr, daß „Abstammung“ (vom Lehranalytiker) über das Schicksal von Kandidaten entscheidet, sondern deren eigene Leistung. Hier muß die psychoanalytische community wohl in der Tat eine Entwicklung nachholen, die sich in der westlichen Welt spätestens seit 1945 mehr und mehr vollzogen hat und die im allgemeinen als Demokratisierung bezeichnet wird. Freilich, man kann manchmal durchaus den Eindruck haben, die letzten feudalen Refugien seien medizinische Institutionen. Und **Thomä** möchte auch, daß theoretische Differenzen nicht mehr durch Dissidenz, also Ausschluß, entschieden werden, sondern durch rationale Verfahren der Diskussion und der Überprüfung.

Das Ende des Patriarchats – das so ein alter Buchtitel noch einmal auftauchen könnte, ist vielleicht ein Indiz dafür, wie lange diese Entwicklungen brauchen. **Ernest Bornemann** hatte dazu Mitte der 1970er Jahre den Klassiker geschrieben, jetzt befasst sich der Herausgeber des „International Forum“, **Christer Sjödin** in seinem Beitrag „The Power of Identity and the End of Patriarchy“ mit genau diesen Themen erneut. Sein Bezug freilich ist aktueller, nämlich das dreibändige Buch von **Manuel Castell** über die Netzwerkgesellschaft und die Macht der Identität. Dieses dreibändige Werk von **Manuel Castell** hatte ich im PNL-21 schon

etwas vorgestellt. **Sjödin** sieht v.a. den Zerfall der patriarchalen Familie, der durch die Konkurrenzen anderer Familientypen entstanden ist, durch die immens vergrößerte Teilnahme von Frauen am Arbeitsleben und durch die feministische Bewegung. **Castell** hatte die schwierigen und sehr widerspruchsvollen sozialen Bewegungen in allen Kontinenten zum Gegenstand seiner Analysen gemacht und Identität u.a. als lokalen „Widerstand“ gegen Globalisierungseffekte herausgestellt. **Sjödin** reflektiert diesen Wandel insbesondere mit Bezug auf die veränderte Theorie der weiblichen Sexualität und der Perversionen. Mit Bezug auf die Perversionen formuliert er:

“It is not what we do sexually what is important, nor with whom – but why we do it. The important thing is that if we seek to control or to humiliate, we are perverse. If we are inspired by love and the innocent search for enjoyment, for ourselves or others, then it is healthy, polymorphic sexuality” (S. 272)

Die gesellschaftlichen Veränderungen finden auch Aufmerksamkeit in einem Beitrag von **Stefan Bollmann**: „Die jugendliche Gesellschaft – Über die Desorganisation der Lebensverhältnisse“, erschienen im Heft 671, März 2005 der Zeitschrift „Mercur“. Einleitend wird **Walter Benjamin** zitiert, der 1911 gefragt habe: „Wir leben im Zeitalter des Sozialismus, der Frauenbewegung, des Verkehrs, des Individualismus. Gehen wir dem Zeitalter der Jugend entgegen?“. Gesehen wird ein zeitliches Auseandertreten von drei Formen

- physischer (sexueller)
- psychischer (mentaler)
- sozialer (beruflicher)

Reifung bei Jugendlichen. Aus dieser Differenzierung gelingt **Bollmann** dann eine ansprechende Beschreibung der psychosozialen Entwicklungslage von Jugendlichen:

“Während die sexuelle Reife sich stetig nach vorne verlagert hat, hat sich die Kindheitszeit gleichermaßen nach hinten verlängert. Die dadurch entstehende Diskrepanz zwischen dem ‚Drängen des Körpers‘ und dem ‚Widerwillen, der Ahnungslosigkeit, der Angst des Ich‘ hat der mit Walter Benjamin bekannte und ebenfalls aus der Jugendkulturbewegung hervorgegangene Psychoanalytiker Siegfried Bernfeld in den

zwanziger Jahren als Entstehungsherd der Pubertät beschrieben, und sie ist Gegenstand zahlreicher Erzählungen und Romane geworden“.

Freuen wir uns, dass **Siegfried Bernfeld** in dieser keineswegs psychoanalytischen Zeitschrift erinnert wird und lesen wir weiter. **Bollmann** bezieht sich auf den amerikanischen Soziologen **Ralph Turner**, der in den weltweiten Studentenunruhen der 1968er Jahre meinte, erstmalig ausmachen zu können, daß sich hier Menschen über das Fehlen persönlichen Wertes und psychischer Integration entrüsteten, „das aus dem Gefühl persönlicher Würde oder einem klaren Identitätsgefühl kommt“. Das ist in der Tat eine interessante paradoxe Beobachtung. Durch gesellschaftliche Umwälzung sollte ja u.a. das mangelnde Selbstwertgefühl des Einzelnen repariert oder wiederhergestellt werden.

Nun aber läßt sich auch sagen, daß diese Zeit eine Medienrevolution war, weil nicht der Bericht über ein Ereignis das Entscheidende war, sondern weil wir Zeugen der Hervorbringung von Weltbildproduzenten waren, des langen Marsches durch die Illusionen. Schon 1900, so belegt **Bollmann** an Beispielen, sei der wesentliche Impuls der

Jugendbewegung gewesen, sich selbst hervorbringen zu wollen; leitend war und ist die Idee der inneren Wahrhaftigkeit, die die Kraft gegen im Kampf gegen voreiliges Festgelegtwerden liefert. Das wird nun verbunden mit Entwicklungen der modernen Anthropologie, wonach beim Menschen sich jene Zustände mehr und mehr stabilisieren, die bei anderen nur Durchgangsstadien sind, nämlich vor allem das Jugendlichsein. Das Ziel des Lebens werde dann, möglichst jung zu sterben, und zwar so spät wie möglich. Daraus ergibt sich ein Verständnis des modernen Jugendwahns und seines scharfen Kontrastes zum demographischen Älterwerden der Gesellschaft, denn „Altwerden schützt vor Unreife und Unfertigkeit nicht“. Adultomorphe Wertigkeiten und patriarchale Identitätskonzepte sind zusammen mit restfeudalen Traditionen also etwas, was auch aus dieser Sicht über Bord der psychoanalytischen community geworfen gehört. Aber wir merken natürlich auch, wie schwer es ist, in einer derart veränderten politischen Welt noch definieren zu wollen, was Psychoanalyse ist.

## IRRTUMSTOLERANZEN

**D**as aber gilt nicht nur für die Psychoanalyse. „Nicht ein wie auch immer gearteter Krieg der Generationen ist das Schreckensszenario der näheren Zukunft, sondern eine tiefgreifende Desorganisation der Lebensverhältnisse, in welcher der Verlust vertrauter Orientierungsmuster bei Jung wie Alt zu sozialer Isolierung und Radikalisierung führt“, lautet **Bollmanns** Resümee. Wer in einer solchen zu erwartenden Desorganisation Kurs halten wollte, müsste über einen Kompaß verfügen, der mehr zu bieten hat als die statistischen Meta-Analysen oder Theorien der Angst bei Einzelnen. Manche meinen, um die Metapher auszubauen, sie brauchen nicht einen Kompaß, sondern einen Magneten, der ihnen sichere Orientierung biete. Offenbar brauchen wir Konversation, Kultiviertheit und Empathie und v.a. Verzicht auf Kontrolle. Wir leben offenbar in einer Welt der „trials“, der orientierungslosen Suche und Versuche, der Randomisierung und des Zufalls und sie wird nicht unbedingt besser, wenn wir sie unter Kontrolle zu bringen versuchen.

In der klinischen Praxis könnte das die Kunst der Handhabung des Rahmens bedeuten, was auch ein Gesichtspunkt in der Debatte um Wert oder Unwert der Couch sein könnte. Hören wir einmal, was der große amerikanische Poet **W.H. Auden** in seinem Gedicht „The Art of Healing“ vom Mai 1969 zu sagen hatte:

Most patients believe  
 dying is something they do,  
 not their physician,  
 that white-coated sage,  
 never to be imagined  
 naked or married

Begotten by one,  
 I should know better. "Healing",  
 Papa would tell me,  
 "is not a science,  
 but the intuitive art  
 of wooing Nature.

...

To some, ill-health is  
 a way to be important,  
 others are stoics,  
 a few fanatics,  
 who won't feel happy until  
 they are cut open".

...

"Every sickness  
 is a musical problem",  
 so said Novalis,  
 "and every cure  
 a musical solution":  
 You knew that also.

Die Natur umwerben (wooing nature) – irgendwie ist das ein reizvoller Gedanke in der Heilkunst, die schon früher wußte: *medicus curat, natura sanat*. Aber auf welche Natur könnten wir uns berufen? Vielleicht wäre es gut, die Diskussion um das, was das Seelische ist, neu zu eröffnen? **Leon Wurmser** jedenfalls sucht in seinen Betrachtungen über Don Quijote, erschienen in der Zeitschrift des Hamburger Instituts für Sozialforschung „Mittelweg 36“, Februar/März 2005, die *Vernunft der Unvernunft* und er findet, Cervantes habe „die Erkenntnisse Freuds und der modernen Psychoanalyse vorweg“ genommen. Wenn das so ist, dann haben wir es vielleicht mit einer Konstanten zu tun, deren Wert wir nicht verspielen sollten. Und um die musikalische Metapher auszubauen, die **Freud** in seinen Vergleichen des Psychoanalysierens mit dem Klavierspielen nutzte, liesse sich vielleicht sagen, es genügt nicht ein Klavier (eine Methode) zu besitzen; man muß auch spielen können. Darüber, was die empirische Literatur über uns Therapeuten also anzubieten hat, mehr im nächsten Psycho-News-Letter.