

# PSYCHO-NEWS-LETTER NR. 2

EIN KLEINER ZEITSCHRIFTENÜBERBLICK

Michael B. Buchholz

---

## EINFÜHRUNG

---

In diesem PNL-2 werde ich noch nicht tun können, was ich mir eigentlich vorgenommen hatte: ein wenig zu schweifen, mich in verschiedenen Journalen umschaun, die Diskussionen zusammenfassen zu versuchen und orientieren, was „im Feld“ so insgesamt „los ist“. Die Darstellung der schwedischen Sandell-Studie über die deutschsprachige Information hinaus nimmt zu viel Raum ein; ich schließe dann einige Bemerkungen über Entwicklungen in der Forschungslandschaft an.

---

## PSYCHOTHERAPY RESEARCH – DIE FORTSETZUNG DER SANDELL-STUDIE

---

Wer die deutschen Zeitschriften gelesen hat, wird im vorigen Jahr das PSYCHE-Heft zur Kenntnis genommen haben, worin sowohl die große Katamnese-Studie von Frau Leuzinger-Bohleber als auch die schwedische Studie von Sandell et al. dargestellt wurde. Diese letztere ist hinsichtlich der Daten-Publikation noch nicht zu Ende; im Heft 4 des 11. Jahrgangs (2001) publizieren Blomberg, Lazar und Sandell weitere Befunde aus diesem Projekt.

## WEITERES ZUR SANDELL-STUDIE

Ich berichte hier einleitend: Bekanntlich wurden in dieser nordischen Studie aus 1200 Patienten eine Stichprobe von 405 Patienten ausgewählt, die „vor“, „während“ und „nach“ ihrer Behandlung untersucht wurden. Von diesen 405 Patienten hatten 331 Langzeittherapien erhalten, die öffentlich finanziert waren, 74 erhielten eine reguläre Psychoanalyse. Für die Langzeittherapien betrug die Behandlungsdauer im Durchschnitt 40 Monate, für die Psychoanalyse-Patienten 51 Monate. Untersucht wurden sie mit den üblichen Fragebogeninstrumenten wie SCL-90 (Symptom-Check-List), „Sense of Coherence Scale“ und dem SAS (Social Adjustment Scale). Über 51.9% der Patienten hatten demnach ernste psychiatrisch relevante Probleme und mehr als 90% hatten subnormale Werte auf den SCL-90 Skalen – das ist auffällig genug. Die Behauptung, Psychoanalytiker und Psychotherapeuten beschäftigen sich nur mit „wellness“-Optimierung ist als Unsinn und Polemik abzuweisen.

Eine gemischte statistische Prozedur nun schafft insgesamt sieben Stadien des Behandlungsprozesses, vor der Behandlung, zu einem frühen Beginn, während, in einem späten Stadium, kurz nach der Behandlung, nach dem Ende der Behandlung und später Katamnesezeitpunkt. Dabei zeigen sich geringe Effektstärken für die sog. Langpsychotherapien und gute bis sehr gute Effektstärken für die psychoanalytischen Behandlungen.

## EFFEKTSTÄRKEN

Die Effektstärke soll hier kurz erläutert werden, sie ist in der statistischen Literatur durch folgende mathematische Formel definiert:

$$d = (M_t - M_c) / s$$

Zur Erläuterung:  $d$  ist die Effektstärke;  $M_t$  ist der durchschnittliche (Mean) Behandlungserfolg der Treatment-Gruppe;  $M_c$  ist der durchschnittliche Behandlungserfolg der Control-Gruppe. Die Durchschnittswerte beider Gruppe werden also voneinander abgezogen, damit hat man die Differenz zwischen beiden Gruppen und das wird durch  $s$ , die Standardabweichung dividiert. Die Formel sieht kompliziert aus, ist es aber nicht so sehr. Sie sagt im wesentlichen nur, daß vom erwarteten „besseren“ Erfolg der weniger gute der Kontrollgruppe abgezogen wird – aber es schadet nicht, das zu wissen.

In dieser Studie nun haben psychotherapeutische Langzeitbehandlungen eine Effektstärke von 0,4 bis 0,6; Psychoanalysen sogar von 0,4 bis 1,5! Wenn man bedenkt, daß in der Organmedizin Behandlungen bei weitaus geringeren Effektstärken – teils schon um 0,3 – zugelassen werden, sind das keine schlechten Befunde! Ein Wert von 0,5 besagt, daß etwa die Hälfte der Patienten in der Treatment-Gruppe „besser“

rauskommen als in der Kontrollgruppe. Im allgemeinen wird angenommen, daß Psychotherapie insgesamt – also nach meta-analytischen Übersichten – eine Effektstärke von 0,8-0,9 habe – d.h. ca. 75% aller Patienten geht es nach psychotherapeutischen Behandlungen unter naturalistischen Bedingungen freier Therapeutenwahl besser als unbehandelten Kontrollgruppen-Patienten. Allerdings sind solche Werte mit Vorsicht zu genießen; sie sind skalenabhängig. Auch in dieser Studie hier unterscheiden sich die Effektstärken je nachdem, welche Skala angelegt wurde.

#### EINIGE THEORETISCH INTERESSANTE BEFUNDE

Das wird von den Autoren genauer beschrieben und mit theoretischen Überlegungen verbunden:

In der schwedischen Studie nun profitierten 73% der Patienten von der Psychoanalyse. Dies bezieht sich auf die *symptomatische* Besserung, wie sie mit dem SCL-90 gemessen wird, nicht jedoch auf die *soziale Anpassung* des SAS. Da SAS als valides Instrument angenommen wird, sehen sich die Autoren außerstande, diesen irritierenden Befund stimmig zu erläutern: „At this point, we are not able to explain this deviation from theoretical expectations“ (S. 377). Besserung der Symptomatik sollte mit besserer sozialer Anpassung einhergehen und umgekehrt.

Ein anderer, die Autoren irritierender Befund ist die zu Beginn der Behandlung bestehende „Verwüstung“ der sozialen Beziehungen der Patienten. Der anfängliche narzisstische Rückzug der Patienten aus Objektbeziehungen, von Personen, die als „zu nah“ empfunden werden, bessert sich zwar durch die Behandlung, erreicht aber nicht „normale“ (im statistischen Sinne) Werte. Hier erhofft man sich aus weiteren Analysen mehr Einsicht.

Die *Dosis-Effekte* zwischen Psychotherapie und eigentlicher Psychoanalyse werden eher der Frequenz als der Dauer zugeschrieben, allerdings wird der Frequenz-Effekt als „complicated“ eingeschätzt. „We can only infer that something is occurring during the more frequent sessions that prompts a posttreatment process that has to be qualitatively different, because there are no quantitative differences between the treatment regimens after termination“. (377). Nötig dürfte also werden, die langfristigen Effekte von Behandlungen sorgfältig ins Auge zu fassen – bei beiden Gruppen! Die Autoren äußern sich hier vorsichtig. Es scheint so zu sein, daß es qualitative Differenzen (vermutlich mehr und intensivere selbstanalytische Fähigkeiten) gibt, man sie aber nicht sicher feststellen kann. Um diesem Problem näher zu kommen, werden verschiedene Datenanalysen präsentiert:

So wird als nächstes die Hypothese geprüft, ob die Unterschiede im *Ergebnis* durch schon - zwischen den Patienten - vor der Behandlung bestehende Unterschiede erklärt werden können? Das Ergebnis dieser statistischen Prozedur ist: Analysanden haben – anders als Psychotherapiepatienten - bessere pre-treatment-Werte bei einigen Messinstrumenten, nicht aber im SCL-90. Sie sind also in symptomatischer Hinsicht so schlecht dran wie andere auch, haben aber z. B. bessere soziale Kontakte, berufliche Chancen etc. Sie sind „genauso krank“, aber „ansonsten“ geht es ihnen etwas besser. Mit Hilfe statistischer Regressionsanalysen kann man die *pretreatment*-Werte nivellieren, aber dann verschwinden die *posttreatment*-Differenzen nicht. Unterschiedliche Behandlungsausgangsbedingungen (wonach angeblich bessere Patienten eine Analyse bekommen, schlechtere Patienten „nur“ Psychotherapie) können also *nicht* zur Erklärung herangezogen werden. Die Differenzen im Ergebnis müssen mit dem analytischen Prozeß an sich zu tun haben! Der analytische Prozeß hat demnach eine eigene, freilich statistisch-empirisch: noch unklare Wirkung. *Daß* diese Wirkung besteht, ist nach diesen Daten sicher, nicht aber das *Wie*.

Die Studie wird mit einem Plädoyer für naturalistische Designs beschlossen: man könne aus ethischen Gründen Patienten nicht zumuten, eine Behandlung anzunehmen, von der sie nicht überzeugt sind. Das stärkere Argument aber ist, daß eine solche Behandlung, eben weil die Patienten nicht von ihr überzeugt sind, auch nicht ihre Potentiale entfalten kann. Hier wird also nicht ethisch-moralisch argumentiert, sondern die Stärke liegt darin, dass es sich um ein forschungsmethodisches Argument handelt: Gerade die experimentelle Prüfung (im Unterschied zum naturalistischen design) mit Zuweisung der Patienten zu bestimmten Therapien durch den Forschungsplan (statt freier Wahl) würde eine derart einschränkende Bedingung schaffen, daß die Methode selbst gar nicht geprüft werden könnte; die Experiment-Analogie in der empirischen Forschung schafft sich ihre eigenen Hindernisse, die sie dann selbst in der Größenordnung weder abschätzen noch beseitigen kann – das ist in der Tat ein grundlegendes und starkes Argument, das eine Umstellung der Forschungsmethodik im Grunde fordert.

Patienten und Therapeuten brauchen „compliance“ – also „Komplizenschaft“ mit der Methode und mit der zwischen ihnen bestehenden Beziehung. Randomisierung ist somit *keine* angemessene Design-Strategie mehr! „...randomization may indeed create more problems than it might solve“. Patienten müssen die

Chance haben, Behandlungen ihrer Wahl zu suchen und sie ggf. auch aufgeben können, wenn sie nicht profitieren – das könnte also ein Argument in zukünftigen berufspolitischen Auseinandersetzungen werden, wenn etwa versucht werden sollte, Patienten nach bestimmten Tests bestimmten Therapeuten zuweisen zu wollen. Die gesamte Forschungslage (!) plädiert eindeutig dafür, daß Patienten hier „freie Wahl“ haben müssen. Dabei können sie freilich beraten werden.

Auch hier also hätte Öffentlichkeitsarbeit eine Chance.

---

## NEUE FORSCHUNGSENTWICKLUNGEN

---

Wie suchend die Forscher selbst in Fragen des Designs, der statistischen Prozeduren, der inhaltlichen Prozess-Auffassung sind, wird erkenntlich am folgenden Jahrgang der Zeitschrift „Psychotherapy Research“ (2002). Sandell et al. stehen nicht allein in ihren Bedenken gegen die Experiment-Analogien der empirischen Psychotherapieforschung!

### ELLIOTT: PLÄDOYER FÜR GENAUIGKEIT IM EINZELFALL

Um zu wissen, was im therapeutischen Prozeß tatsächlich geschieht, plädiert Robert Elliott im Heft 1 des 12. Jahrgangs für hermeneutische Einzelfallanalysen. Elliott ist ausgewiesener Therapieforscher, ihm kann man nicht vorhalten, für „Hermeneutik“ zu sein, weil er die Statistik nicht beherrsche. Er schlägt ein Netzwerk von quantitativen und qualitativen Auswertungsprozeduren vor, um die Kausalität einer Behandlung zu evaluieren. Das riesige Problem von biostatistischen Studien ist, daß niemand weiß, was in einzelnen Behandlungen tatsächlich „gelaufen“ ist. Die miteinander verglichenen Behandlungen laufen unter Titel wie „experiential therapy“, „psychodynamic“ oder „cognitive behavioral“ – aber jeder Therapeut macht da in kleineren oder größeren Differenzen etwas anderes. Selbst wenn man die Behandlungen durch Manualisierungen vereinheitlichen könnte (!), würde eine Überprüfung ergeben, daß Patienten die Dinge verschieden erleben oder auffassen – also in einem wesentlichen Sinne nicht „dasselbe“ geschieht. Zudem würde man sich das Problem aufhalsen, daß Manualisierungen den „Geist“ der Therapie eliminieren – das wird methodisch unter Stichworten wie „therapist adherence“ untersucht. Therapeuten müssen ihrer Theorie und Überzeugung „anhängen“ dürfen und sie zum Ausdruck bringen können; oder umgekehrt: wenn man einen Therapeuten einer bestimmten Überzeugung eine Therapie vom Manual „ablesen“ ließe, die aber seiner Überzeugung zuwiderläuft, wird „zwischen den Zeilen“ etwas geschehen, was dem Patienten mitteilt, daß der Therapeut die Therapie nicht schätzt, selbst wenn er vollkommen manual-konform wäre. Elliott nun will kausale Therapieeffekte auch von nicht-therapeutischen Veränderungen (etwa, wenn ein Patient während der Behandlung den Arbeitsplatz wechselt o.ä.) abgrenzen können und zeigt seine Methode an einem Einzelfall eines depressiven Patienten; die Details müssen hier nicht interessieren.

### MURAN: DAS SELBST IN DER THERAPEUTISCHEN INTERAKTION – EINE EXZELLENT STUDIE ZUM ARBEITSBÜNDNIS

Im Sommer-Heft (Nr. 2) dieses Jahrgangs schreiben eine Reihe deutscher Autoren. Auch dieses Heft wird von einem „Early Career Award Paper“ eingeleitet; J. Christopher Muran entwickelt einen intersubjektiven („relational“) Ansatz, um therapeutischen Wandel zu untersuchen. Muran ist mit Safran durch ein lesenswertes Buch über das therapeutische Arbeitsbündnis bekannt geworden; es ist nicht ins Deutsche übersetzt<sup>1</sup>. In diesem Buch haben die Autoren als Forscher eine neue Position bezogen, die Klinikern wohl vertraut ist: „As we see it, the task for therapists is to find a way of using existing theory for purposes of facilitating the process of reflection-in-action“ (S. 72) und dabei beziehen sie sich auf den Sozialwissenschaftler Donald Schön, der 1983 ein bemerkenswertes Buch über „The reflective practitioner - How professionals think in action“ verfasst hatte. Das erinnert natürlich an Bions schönen Satz, daß Therapeuten zu lernen hätten „to think under the fire“, Denken während des Gefechts Keine schlechte Devise für Psychoanalytiker, die nun von empirischer Seite abgerundet wird.

Safran und Muran beziehen sich auf Stephen Mitchells „relational matrix“; sie verdeutlicht, daß Menschen andauernd Zyklen innerer Interpretationen von Situationen ablaufen lassen, sie mit eigenen Handlungen verbinden und interpretativ auf die Handlungen anderer reagieren. Im Einzelnen sieht das so aus:

---

<sup>1</sup> J.D. Safran, J. Christopher Muran (2000) Negotiating the therapeutic Alliance – A relational treatment guide (Guildford Press, New York)

1. Menschen handeln in Übereinstimmung mit relativ rigiden Selbstdefinitionen, um ihre Bezogenheit mit anderen aufrecht erhalten zu können. Wenn zB Bezogenheit davon abhängt, sich als hilfsbedürftig zu erweisen, hat man im Erstinterview jemand vor sich sitzen, der seine Symptomatik aggravierend darstellt – im Grunde aber nicht nach seinen Symptomen zu beurteilen wäre, sondern nach seiner Überzeugung, nur so den Therapieplatz zu erhalten. Andere spielen in diesem Überzeugungssystem die je komplementäre Rolle oder werden dazu gebracht.
2. Menschen handeln auf eine charakteristische Weise in Antwort auf die Unzulänglichkeiten Anderer, die sie einerseits antizipieren und andererseits hervorrufen – so entstehen Zyklen selbsterfüllender Prophezeihungen. Wer davon überzeugt ist, daß andere feindselig sind, wird sich wappnen, mit Muskelverspannung und charakterlicher Verschlossenheit und so die „Angriffe“ anderer hervorrufen, die er befürchtet. Die therapeutische Kunst besteht darin, ihm verständlich werden zu lassen, daß „Angriffe“ als „Zugangsversuche-bei-seiner-Verschlossenheit“ gemeint sein können; der Zyklus kann evtl. so unterbrochen werden.
3. Menschen, die davon überzeugt sind, daß Bezogenheit zu anderen abhängig ist von einer rigiden Selbst-Definition („alles andere ist doch nicht normal, oder?“) müssen dazu nicht konforme Erfahrungen mit anderen dissoziieren. Solche Dissoziationen werden aber dennoch nonverbal oder szenisch dargestellt; sie existieren als unbewußt gemacht „Fragmente“ der Erfahrung.
4. Menschen, die anfänglich Gefühle oder Gedanken haben, von denen sie glauben, sie gefährden eine Beziehung, werden defensive Operationen einleiten, um sie zu managen. Diese defensiven Maßnahmen wiederum werden Reaktionen bei anderen zur Folge haben, die die anfänglichen Überzeugungen und inneren „Arbeitsmodelle“ von der Beziehung bestätigen.

Solche Zyklen zu erkennen, mit dem Patienten einen metareflexiven Standpunkt zu gewinnen, um darüber ins Gespräch kommen zu können und ihm zu zeigen, wie er sich immer wieder die Bestätigung seiner Überzeugung verschafft, unter denen er dann leidet, sehen die Autoren als zentrale Aufgabe der Entwicklung des therapeutischen Arbeitsbündnisses an. Und wie das Beispiel von der Symptompräsentation zeigt, wird die klare Schlussfolgerung gezogen, daß man von einer extern beobachtbaren Symptomaufzählung empirisch weder auf Schweregrad noch auf Diagnose schließen könne, wenn man nicht gleichzeitig das zyklische System der Überzeugungen, Interaktionen und Dissoziationen in den Blick zu bekommen versucht; das aber ist nur erschließbar, es entzieht sich der unmittelbaren Beobachtung.

Daran schließt Muran in seinem paper (Sommer-Heft von Psychotherapy Research 2002) nun an und skizziert das Selbst als Prozess (relational) und Struktur (von Überzeugungen) zugleich:

1. Es gibt ein Zusammenspiel von Prozeß und Struktur, das sich auf die verschiedenen kognitiven und interpersonellen Prozesse beziehen läßt, die die repräsentationale Struktur des Selbst schützen.
2. Es gibt relationale Schemata, die sich auf den repräsentationalen Inhalt dieser Struktur in den Beziehungen zwischen Selbst und Anderem beziehen. Diese Schemata enthalten die emotionalen Reaktionsmuster, mit denen sich eine Person in ihrer psychosozialen Umwelt orientiert.
3. Es gibt Übergänge zwischen verschiedenen Selbstzuständen („states of self“), die eine Person erfährt und erlebt. Diese Selbstzustände sind die geronnenen Erfahrungen der relationalen Schemata; sie organisieren Gedanken, Gefühle, Bilder – auf bewusster wie unbewußter Ebene. Je schärfer der Übergang von einem zum anderen Zustand, umso problematischer ist natürlich die Dissoziation.
4. Schließlich gibt es eine Reziprozität zwischen den Selbstzuständen von zwei oder mehr Individuen. Sie werden in einer dyadischen Begegnung reguliert und regulieren wiederum diese.

Diese vier „relational configurations“ basieren theoretisch auf Sterns Konzept einer Intersubjektivität (primär zwischen Mutter und Säugling), auf Fonagys Konzept des „reflective functioning“ und Tronicks Forschungen über „mutual regulation“.

Muran nimmt nun an, daß diese Konzeption hilfreich für Therapeuten ist, um Brüche („ruptures“) im Kontakt, besonders aber im Arbeitsbündnis zu bemerken – die *Subjektivität des Therapeuten* gerät damit in den Blick: „My ultimate plan is to promote the importance of investigating therapist subjectivity in the therapeutic relationship“. Hier geht es als nicht mehr um die medizinanaloge, das Subjekt möglichst eliminierende Anwendung oder Prüfung einer Methode (die ja dadurch definiert ist, daß sie unabhängig von der Person des Anwenders wirkt), sondern im Gegenteil: Der Subjektivität des Therapeuten wird größte Aufmerksamkeit geschenkt.

Zwischen 1992 und 2000 wurden 128 Fälle mit einer dynamischen Kurztherapie untersucht – die Fälle, das sind hier die Therapeuten: 36% Männer, 64% Frauen; klinische Psychologen, social workers usw. Sie hatten eine entsprechende Instruktion erhalten und mussten, wie ihre Patienten auch, verschiedene Fragebögen ausfüllen, um Daten über ihre relational schemata, ihre Bindungsstile etc. zu erheben. Veränderung wurde auf drei Ebenen konzipiert:

- ultimate outcome measurement: die Makroebene
- intermediate outcome measurement: Veränderungen von Sitzung zu Sitzung
- immediate outcome measurement: Mikroanalysen von Redezügen mit besonderem Interesse an kleinen Kontaktabbrüchen und Beziehungsstörungen

Auf dieser mikroanalytischen Ebene lassen sich nun bedeutsame Veränderungen finden, die von den anderen Maßen gleichsam „übersehen“ werden. Rückzüge des Patienten vom Therapeuten, unbemerkte Konfrontationen des Therapeuten, unbemerkte Anspielungen auf die Beziehung durch den Patienten usw. können sofort beobachtet und die Reaktionen des je anderen darauf festgehalten werden. Wo solche „Irritationen“ bemerkt werden, konnten geschickte Therapeuten den Riß in der Beziehung „heilen“ – indem sie den kleinen Rückzug des Patienten ansprachen („Sie sehen aus, als wären Sie in Gedanken woanders?“), oder die unbeabsichtigte Konfrontation aufhoben („Sie haben sich eben so abgewandt – könnte es etwas damit zu tun, was ich eben gesagt haben?“) usw. Ein allgemeines Modell der „rupture resolution“ nimmt dann verschiedene Komponenten auf. Die therapeutische Arbeitsbeziehung besteht aus der Komponenten. Aus

- **Zielen:** Es muß etwas vereinbart sein, wohin die Reise gehen soll, auch wenn sich das Ziel während der Reise ändert (Diese Ziele sind kleinformatig, also nicht: „Symptombesserung“, sondern zB zu erreichen, auch über unangenehme Dinge zu sprechen oder die Details einer Geschichte zu erwähnen statt einer bloß groben Zusammenfassung)
- **Aufgaben:** die zu lösenden Aufgaben (hier werden alle Aufforderungen des Therapeuten, der Methode zu folgen, als „Aufgaben“ zusammengefasst, also zB: „bitte erzählen Sie mehr davon“, „sagen Sie, was Ihnen einfällt“, „wie waren Ihre Gefühle dabei?“ usw.)
- **„the bond“:** hier geht es um die Beziehungsschemie, den Bindungsstil der Beteiligten (das wird meist nicht ausgesprochen, bestimmt aber die Atmosphäre, den Arbeitsstil, die untergründige „Paranoia“ oder Gelassenheit usw.)

Man stellt sich diese drei Komponenten am besten als Dreieck vor, dessen Punkte sich wechselseitig beeinflussen; wenn der Therapeut ein Ziel zu erreichen versucht, dem der Patient weder implizit noch explizit zugestimmt hat, kommt es zu einer Störung von „the bond“, die angesprochen und „repariert“ werden muß; wenn der Therapeut eine Aufgabe stellt, deren Sinn oder Relevanz der Patient nicht erkennen kann (etwa über seine Gefühle zu sprechen, wenn er ein Orientierungsproblem hat), geschieht etwas ähnliches. Aber wenn die Bindungsbeziehung sehr stark ist, kann der Therapeut auch stillschweigende kleine Veränderung der Ziele und Aufgaben vornehmen, ohne die ausdrückliche Zustimmung des Patienten einholen zu müssen – hier ist wohl etwas ähnliches gemeint, was Freud die milde „unanstößige“ positive Übertragung nannte.

Therapeuten, das ist das Ergebnis dieses Forschungsprogramms, bemerken diese „ruptures“ in der Beziehung zum Patienten am ehesten, wenn sie sorgfältig auf die Veränderung ihrer eigenen Selbstzustände achten und diese mikrostrukturellen Veränderung in Verbindung mit den gerade ablaufenden, aktuellen interaktiven Ereignissen bringen können.

Hier wird also ein Konzept entwickelt, so könnte man sagen, daß nicht so global ist wie das verwandte Konzept der „Gegenübertragung“, sondern auf einer mikrostrukturellen Analyse die Veränderungen des therapeutischen Selbstzustandes für die Diagnostik – nicht der Pathologie des Patienten, sondern – der aktuellen interaktiven „Lage“ zu nutzen erlaubt.

---

## SCHLUßFOLGERUNGEN

---

Ich meine, Murans Arbeit ebenso wie die Studie von Sandell et al. sind interessante Beispiele dafür

- a) wie nahe sich die Forschung an psychoanalytische Befunde annähert und diese gleichzeitig präzisiert; hier sehe ich auch die „Lernmöglichkeiten“ für Praktiker. Die Forschung nutzt gleichsam ein globales Konzept (wie „Übertragung“) und arbeitet es „klein“, aber sie entdeckt auch mit großer

Genauigkeit die Probleme, die sich in der Psychotherapie stellen. Sie entdeckt sie dann zwar langsam, aber die Präzision macht sie dann allererst genau diskutierbar.

- b) wie sehr die Forschung sich von Vorstellungen globaler Steuerung therapeutischer Prozesse durch Manuale oder andere großformatige Beeinflussung wegbewegt hin zur Beachtung der kleinen Details, weil denen ein immenser Einfluß zugestanden werden muß. Das ist vermutlich berufspolitisch von nicht zu unterschätzender Bedeutung, weil hier ja die Illusion herrscht, man könne Psychotherapie insgesamt steuern. Forschungen wie die von Muran machen deutlich, daß Psychotherapeuten im Gegenteil erhebliche Freiheitsspielräume brauchen und daß Therapeuten aufgrund ihrer höchst unterschiedlichen Persönlichkeiten und subjektiven Reaktionsformen sehr unterschiedliche Stile, Kognitionen, Vorgehensweisen und interaktive Muster haben.

Noch freilich sind die forschungspolitischen Konsequenzen erst durchzusetzen: sie könnten darin zu sehen sein, daß man Forschungen, die willkürlich hier 3 Minuten eines therapeutischen Dialogs untersuchen oder dort 2 Minuten den Blickkontakt beobachten oder ein kleines Narrativ aus dem Gesamtgeschehen herausschneiden und es für repräsentativ fürs Ganze halten weniger schätzen wird – die Einsicht macht sich breit, daß die psychotherapeutischen Dinge zu komplex sind, um noch weiter auf diese Weise vereinfacht werden zu können. Aber es wird – leider – noch Jahre dauern, bis sich diese Dinge dann auch berufspolitisch ausmünzen werden.

Anfang Dezember 2002

Ich wünsche in diesem Sinne ein erfolgreiches Jahr 2003! Zuvor aber von Herzen erholsame Weihnachtstage!