

Psycho-News-Letter Nr. 3

Ein kleiner Zeitschriftenüberblick

Michael B. Buchholz

WISSENSCHAFT UND WIRTSCHAFT – EIN KLEINES HORS D'OEUVRE

Auch in diesem 3. News-Letter über einige Entwicklungen auf dem Psychotherapieforschungssektor werde ich meine Linie weiter verfolgen, darzustellen, wie minutiös die Forschung sich den Details des psychotherapeutischen Geschehens zuwendet. Die einheitswissenschaftliche Leitidee, man könne das Verhältnis zwischen Interventions-, „Dosis“ und Outcome-Dosis sozusagen versicherungsgerecht bestimmen, verschwindet irgendwo in den Ritzen des Forschungsprozesses. Zuletzt hatten Michael S. Maling und (der inzwischen verstorbene) Kenneth I. Howard diese Indienstnahme der Forschung durch die Versicherungswirtschaft ausdrücklich folgendermaßen so formuliert¹:

„What had been a cottage industry of individual practitioners accountable only to themselves and to their patients, has now grown into a multibillion dollar industry that has come under the scrutiny of third-party payers.“

Das ist eine genaue Beschreibung der Lage. Die Schlussfolgerung aber positioniert die Wissenschaft als „ancilla“ in den Dienst der Versicherungswirtschaft; gleich im nächsten Satz heißt es an dieser Stelle nämlich:

„One new task for psychotherapy research is to provide these payers with a means for documenting treatment efficacy and guiding the allocation of scarce health dollars“ (Maling und Howard 1994, S. 252).

So deutlich wird die **Unterordnung der Wissenschaft unter die Erfordernisse der Versicherungswirtschaft** selten formuliert; doch läßt diese Deutlichkeit auch erkennen, daß hier ein schwerer Souveränitätsverlust der Wissenschaft zu beklagen wäre, wenn eine solche Programmatik Erfolg hätte. Leider freilich scheinen einige deutsche Autoren, die in „Psychotherapy Research“ publizieren, diese Unterordnung unproblematisch zu akzeptieren; soweit die politische Situation der Psychotherapie die Dinge bestimmt, möchte man darin beinahe eine ironische Bestätigung des alten Satzes erblicken, wonach das (politische) Sein das (wissenschaftliche) Bewusstsein bestimmt. Insbesondere der wissenschaftliche Beirat wird sich überlegen müssen, ob er eine solche ausschließlich dienende Funktion gegenüber der Versicherungswirtschaft als seine alleinige und zentrale Aufgabe akzeptiert oder ob unter dem Titel „wissenschaftlich“ nicht auch noch weiter gefasste Belange zu vertreten wären. Zu diesen weiter gefassten Belangen wird v.a. gehören die Ermöglichung von Innovation und die Bewahrung des Forschungsprozesses vor Fremdbeeinflussung – bislang hatten wir nur in totalitären Staaten (Stalin) eine Wissenschaft, die nicht frei in ihren Entscheidungen wäre. Die verheerenden Folgen sind zur Genüge bekannt.

Davon sind wir noch weit entfernt. Aber zu Recht wird in der Zeitschrift „Kontext“ von den Vertretern einer systemischen Therapierichtung beklagt, wie eigentlich eine neue Richtung Fuß fassen können soll, wenn sie nicht nur nicht anerkannt, sondern ihre Beforschung nicht finanziert und ihre Lehre untersagt wird und wenn ihre Behandlungen nicht durchgeführt, also auch nicht erprobt werden

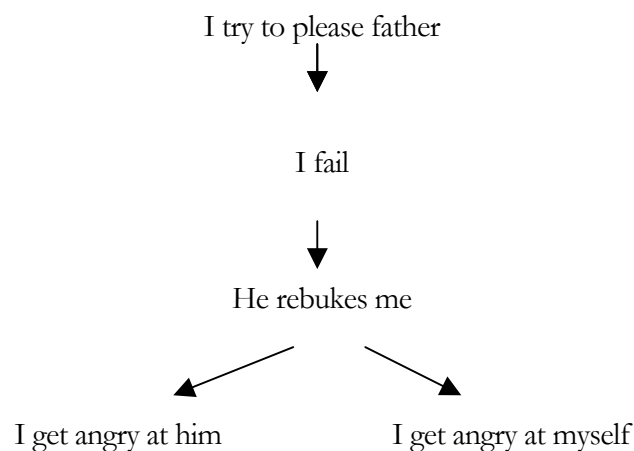
¹ Maling und Howard (1994, S. 252; in dem von P.F. Talley, Hans H. Strupp und Stephen F. Butler (1994) herausgegebenen Band „Psychotherapy Research and Practice – Bridging the Gap“ (New York, Basic Books)

können, weil sie nicht finanziert werden. Diesen Fragen wird man sich, davon bin ich überzeugt, in Zukunft verstärkt stellen müssen. Hier geht es gerade nicht um die Verteidigung der einen oder anderen Richtung, für die man sich aus Sympathien stark machen möchte. Hier geht es um die grundsätzlichere Frage, wieviel politische Liberalität Wissenschaft unabdingbar braucht, um ungestört ihren eigenen Fragen nachgehen zu können. Und man darf sich nicht täuschen: Wenn auch gegenwärtig andere Richtungen von den Verdikten des wissenschaftlichen Beirates getroffen werden, kann der Wind rasch umschlagen. Dann wird es gut sein, sich Verbündete in der Forderung nach Liberalität zur Sicherung der wissenschaftlichen Autonomie verpflichtet zu haben.

Zunächst aber nun zu einer detaillierten Arbeit zum therapeutischen Prozeß

SIEGEL, SAMMONS UND DAHL – PSYCHOTHERAPY RESEARCH 12 (1), 59-78

Hartvig Dahl ist längere Zeit schon als Linguist in der Psychotherapieforschung tätig. Seine Ansätze werden auch in Deutschland verfolgt: sie sind anspruchsvoll und voraussetzungsreich. Es geht um einen Ansatz zur Analyse von Narrationen, die aber Transkripte therapeutischer Gespräche zur Grundlage braucht. Beklagt wird deshalb auch, daß der entsprechende hohe Aufwand leider nicht als forschungsförderlich angesehen wird. Die Methode untersucht sog. FRAMES (Fundamental Repetitive and Maladaptive Emotion Structures), womit Muster überdauernder Beziehungen der Person zu Anderen gemeint sind, die sich aus den Erzählungen eines Patienten erschließen lassen. Ich bilde ein Beispiel ab:



Unterstellt wird, daß die riesige Variabilität der menschlichen Sprache die Ähnlichkeit paralleler Ereignisse oft eher verstellt und man deshalb solche zugrundeliegenden Muster identifizieren können muß. Dazu werden nun einzelne Schritte angegeben.

- Man muß eine „object map“ anlegen, worin jede vorkommende Person aufgelistet ist
- Die in Verbindung mit den Personen vorkommenden Emotionen werden codiert
- Die Emotionscodes werden in die Reihenfolge des manifesten Auftretens gebracht und die Emotionskategorien notiert
- Emotionscode-Sequenzen, die sich mit verschiedenen Personen zeigen, gelten als FRAMES

Man erkennt schnell, wie kliniksnahe diese Methode ist. Wenn ein Patient in der gleichen Tonlage über seinen Chef wie über seinen Vater spricht und ihn erst idealisierend, dann enttäuscht schildert und schließlich das Ganze in aggressiver Feindseligkeit einmündet, dann hat man einen FRAME.

Hier werden nun (im Ergebnis recht gute) Reliabilitäten zwischen verschiedenen Ratern geprüft und am Transkript einer vierten und einer 312. Stunde die Veränderung der emotionalen Rahmung mit der selben Person nachvollziehbar gemacht. Man sieht an dieser Forschung, wie mühsam das Verstehen eines individuellen Falles ist, wie notwendig die intime Kenntnis der Einzelheiten, wenn man die relevante Veränderung zwischen der anfänglichen und einer späteren Sitzung (in Übereinstimmung mit anderen Beurteilern) erkennen will.

GROSSE, HOLT FORTH UND GRAWE – IM GLEICHEN HEFT

Der Bedeutung des Therapeuten, also nicht nur der personunabhängigen Methode wendet man sich auch im Berner Oberland zu. Die Autoren aus Graves Klinik haben 298 Psychotherapeuten aus einem Uni-Klinikum mit dem sog. Berner Inventar für Therapieziele (BIT-T) untersucht. Mittels statistischer Prozeduren – die Angaben wurden zu Clustern zusammengefasst und Ähnlichkeitswerte berechnet – erhält man eine sog. Taxonomie, d.h. eine statistische Hierarchie, die in ihren oberen Klassen folgende Angaben enthält; danach favorisieren Therapeuten

- Problem- und Symptombewältigung
- Interpersonale Ziele (Unterkategorie: eigene Wünsche erkennen und die Wünsche anderer respektieren etc.)
- Wohlfühl (Unterkategorie: Emotionen handhaben lernen)
- Orientierung (Unterkategorie: Existentielle Themen, Sinn des Lebens, religiöse und spirituelle Themen)
- Selbstentwicklung (Unterkategorie: Verantwortung übernehmen, Entscheidungen treffen, sich von perfektionistischen Idealen lösen lernen)

Gibt man den gleichen Fragebogen Patienten mit unterschiedlichen Hauptdiagnosen, dann verändern sich deren Ziele mit den Diagnosen, sind aber nicht eindeutig diagnosenkorreliert. Persönliches Wachstum ist ein Ziel bei etwa der Hälfte der Patienten. Die Diagnosen „do not seem to fully determine the themes of the patients' treatment goals“ (S. 95). Mir erscheint eine Schlussfolgerung interessant. Es wird nämlich vermutet, daß die **Kenntnis der Behandlungsziele des Patienten eine wichtige Variable zur Vorhersage des Behandlungserfolges** sind. „Specifically, we assume that the themes of treatment goals can differentially predict treatment success within different diagnoses. For example, a panic patient with treatment goals only in the problem/symptom category should respond differently to a manualized cognitive-behavioral intervention than a patient who additionally defines treatment goals in the interpersonal and personal growth categories.“

Nimmt man das nur genau genug, dann bedeutet es, daß das, was die Therapie ist, nicht von der „Methode“ bestimmt wird, die ein Therapeut (ebenso gut wie jeder andere) „anwendet“, sondern von dem, was ein Patient im Rahmen seiner Zielerwartungen daraus „macht“ – die subjektive und individuelle Patientenkomponente bekommt hier ein weitaus höheres Gewicht als in jenen Diskussionen, die nur „Dosis“-Effekte diskutieren wollen. Nimmt man dann noch dazu, daß Ziele

zwischen Therapeuten und Patienten divergieren können, also Sache des gemeinsamen „zwanglosen Zwangs zur Verhandlung“ sind, kann man eine Ahnung davon bekommen, daß man auch in Bern die Notwendigkeit individualisierender Evaluationen bald anerkennen wird.

EARLY CAREER AWARD PAPER – VON EINEM DEUTSCHEN AUTOR

Wie einflussreich die deutschsprachige Forschung international ist, kann man u.a. daran erkennen, daß überhaupt deutsche Arbeiten vergleichsweise häufig zitiert werden, aber auch daran, daß ein deutscher Autor, Wolfgang Lutz im Heft 3 des Jahrgangs 12 (2002) von „Psychotherapy Research“ die Gelegenheit erhielt, seine bisherigen Arbeiten mit einem Early Career Award Paper vorläufig zu krönen. Dieser Typus von Anerkennung ist nun schon vertraut. Seine Arbeit hat einen sehr interessanten Titel: „Patient-Focused Psychotherapy Research and Individual Treatment Progress as Scientific Groundwork for an Empirically Based Clinical Practice“. Er nimmt nicht nur das Schlagwort „empirically based“ auf und verbindet es mit „Practice“. Interessant ist die Betonung von „Individual Treatment Progress“. Auch Wolfgang Lutz stammt – aus Bern, wo man neuerdings das Individuelle gegenüber dem statistischen Durchschnitt neu entdeckt hat.

Lutz fordert die Neu-Orientierung, die sich in den anderen hier besprochenen Arbeiten schon länger abzeichnet, nun direkt und offen. Man müsse individuelle Daten von Patienten kennen, durchaus auf dem Hintergrund kollektiver Datensammlungen, will man „patient-focused“ arbeiten und Qualitätssicherung betreiben. Deshalb wird die Entwicklung zu klinischen Experimenten und quasi-experimentellen Studien beklagt, weil sie der Fiktion anhängen, störungsspezifische Interventionen formulieren zu können („To whom is the treatment applied?“ und „What is actually done?“). Diese Forschungsstrategie bemüht sich um interne Validität, während es in der Klinik auf externe Validität ankomme, also auf Übertragbarkeit gewonnener Ergebnisse auf die Bedingungen naturalistischer Praxis. Lutz zeigt an einem fingierten Beispiel die Problematik:

Führt man einen Vergleich einer Treatment-Gruppe mit einer Kontroll-Gruppe durch, wobei jede Gruppe 30 Patienten enthält, dann könnte ein Ergebnis lauten:

- Treatment-Gruppe erfolgreich bei 22 Patienten
- Kontroll-Gruppe erfolgreich bei 15 Patienten

Die statistische Berechnung würde hier zu dem Schluß führen, daß die getestete Behandlung in der Treatment-Gruppe **nicht erfolgreich** ist.

Ändert sich jedoch nur ein einziger Fall und sieht das Ergebnis dann so aus:

- Treatment-Gruppe erfolgreich bei 23 Patienten
- Kontroll-Gruppe erfolgreich bei 15 Patienten

dann müßte die statistische Berechnung nun mittels Signifikanztests der Differenzen zwischen beiden Gruppen schließen, daß das getestete Treatment bei der untersuchten Störung eine **erfolgreiche** Behandlungsmethode wäre. Soviel also macht eine individuelle Schwankung. **Nur ein einziger Fall** würde – in diesem einfachen und fiktiven, doch lehrreichen Beispiel von Wolfgang Lutz - die Entscheidung, ob die Behandlung zugelassen wird oder nicht, so verändern.

Diese Ungewissheiten sind in den experimentellen Designs eingebaut und werden, obwohl seit Jahren von Kritikern der empirischen Forschungsstrategie moniert, immer wieder ignoriert – jetzt aber werden sie im führenden Journal aufgegriffen und thematisiert. Lutz folgert richtig: „Even if tests yield replicated statistically significant differences between treatment and control conditions or between alternative treatment, estimates of success probabilities for a single patient are imprecise (by statistical definition). However, specific information for the individual patient is what the therapist needs in clinical practice” (S. 255). Entsprechend wird nun ein Programm vorgestellt, das diese individualisierten Vorgehensweisen beschreibt – es ist immer noch reichlich statistisch, verwendet nämlich eine Fragebogen-Batterie, die die gesuchten Informationen über den Patienten zusammentragen soll. Daß diese „Informationen“ auch aus der direkten Erfahrung mit dem Patienten kommen könnten, bleibt außerhalb der Suchstrategie.

Lutz erkennt nach meinem Dafürhalten das Problem (der genauen individuellen Kenntnis eines Patienten) sehr genau, seine Lösung bleibt freilich immer noch im allzu engen Rahmen der Forschungszwänge. Aber er erkennt auch noch ein weiteres Problem: „So far, little therapist information, either as a predictor variable or as a relevant outcome dimension, has been included in these models.“ (266). Therapeuteninformation also – das fehle hier, auch in den eigenen statistischen Modellen, noch. Therapie ist ein Zusammenspiel zwischen Therapeut und Patient; die Komplexitäten dieses Zusammenspiels werden immer mehr entdeckt, aber man engt sich noch sehr darin ein, diese Komplexitäten mit den standardisierten empirischen Mitteln angehen zu wollen. Aber immerhin, in der Kritik an den standardisierten empirischen Forschungsstrategien geht dieser Autor schon ein paar Schritte weiter.

DEUTSCHE STUDIEN IM AMERIKANISCHEN JOURNAL

Die Ulmer Gruppe um Albani, Pokorny und als zuletzt mitgenannten Mitautor Horst Kächele publiziert ihre Version des CCRT bzw. ZBKT. Das „Zentrale Beziehungskonflikt-Thema“ ist, verwandt dem Geiste nach der FRAMES-Methode von Dahl, ein Versuch, Narrative von Patienten auf ein zentrales Beziehungskonfliktthema hin abzulauschen: Man studiert die geäußerte Wünsche, untersucht die Reaktionen der Anderen (wie sie erzählt werden) und die Reaktionen der Person auf die Reaktionen der Anderen. Das Ganze kann man codieren. Hier wird eine leicht modifizierte Form dieser Methode der Narrationsanalyse vorgestellt, die an 32 Interviews mit Psychotherapiepatientinnen erprobt wurde. Da das Verfahren in Kooperation zwischen Leipzig und Ulm erprobt wurde, hat es den Kürzel CCRT-LU erhalten.

In der Studie von Stasch und Cierpka aus der Uni Heidelberg in Zusammenarbeit mit Hillenbrand und Schmal aus der Parkland Klinik bei Bad Wildungen wird stationäre Psychotherapie auf den Prüfstand gestellt. Zentraler Untersuchungsgegenstand ist die Hypothese, daß sich das Verhalten und Erleben von Patienten auf der stationären Bühne reinszeniert – auch wenn es „draußen“ seinen Ursprung habe. Auch hier wurden Narrationen von Patienten genutzt, die mit den Erfahrungen des Behandlerteams verglichen wurden, wobei die ersten drei Wochen des stationären Aufenthaltes zugrunde gelegt wurden. Die professionellen Beurteiler nutzten dabei die Achse II der OPD „Beziehung“. Das Ergebnis ist für psychoanalytischen Hypothesen befriedigend bis gut: es besteht eine gute Korrelation zwischen den im Beziehungsepisoden-Interview der OPD berichteten Außen-Ereignissen und dem Verhalten, das auf der Station wahrgenommen werden kann. Die These von einer Reinszenierung der Beziehungsgestaltungen kann als gut gestützt gelten.

Betrachtet man die FRAMES-Analyse von Dahl, die CCRT-Studie und die OPD-Studie von Stasch und Cierpka, dann kann man sehen, daß hier Versuche unternommen werden, die in eine ähnliche Suchrichtung weisen: Es sollen

- zugrundeliegende interpersonelle Strukturen überhaupt reliabel erkennbar werden
- die gleiche Struktur in verschiedenen Kontexten bemerkt werden können
- die gleiche Struktur in verschiedenen Erzählungen prägnant hervortreten.

Damit wird eine Denkrichtung realisiert, die vielleicht den Forschern selbst nicht mehr so recht bewußt ist: die These von der Einheit des Psychischen. Das ist eine „uralte“ psychoanalytische Idee, die von Alexander Mitscherlich 1948 in seiner Schrift über „Freiheit und Unfreiheit in der Krankheit“ aufgegriffen und beschrieben wurde. Danach läßt sich Neurose als das verstehen, was über verschiedene Situationen und Erfahrung hinweg sich immer gleich bleibt, also: als **Lebensthema** (modern: FRAME, oder: CCRT) wiederholt werden muß. Therapie wäre dann das, was die „Constraints“ beseitigt und so Freiheitsmöglichkeiten wieder herstellt, also jene Freiräume für das Ich, damit es sich entscheiden kann. Und Freud war ja der Meinung, es könne auch Umstände geben, unter denen sich jemand für die Beibehaltung seiner Störung entscheidet.

FREIHEIT, DIE ICH MEINE ...

Die eigenen Spielräume wahrnehmen und ihre Potentiale ausreizen – das ist doch auch keine schlechte berufspolitische Devise zum Anfang eines Neuen Jahres, nicht wahr? Freiheitsspielräume – forschungsbasiert, sozusagen

Anfang Januar 2003