



Deutsche Gesellschaft für  
Psychoanalyse,  
Psychotherapie,  
Psychosomatik und  
Tiefenpsychologie e.V.

## PSYCHO-NEWS-LETTER NR. 93

### EIN KLEINER LITERATURRUNDFLUG

Im Auftrag des Vorstands der DGPT

Verfasst von  
Michael B. Buchholz

Email: [buchholz.mbb@t-online.de](mailto:buchholz.mbb@t-online.de)

Mitte Oktober 2012

### Blicke zu den Nachbarn –

### Was macht die Verhaltenstherapie?

Wenn man mit Nachbarn spricht, muss man Konversation treiben. Konversation, also das gesellige Gespräch, ist aber nicht frei von Nebenwirkungen. Nachbarschaft ist im allgemeinen Verstande, und der ist ja nicht unbedingt falsch, eine idyllische Angelegenheit. Man spricht über den Zaun, schaut auf die neuen Pflänzlein im Garten, berät sich über Wachsen und Gedeihen, bestätigt sich beim Ärger mit den Hunden, teilt sich die neuen Leiden des alten Körpers mit – und trennt sich nach kürzerer Zeit wieder. Warum diese gepflegte Knappheit? Die Antwort darauf hatte vor einiger Zeit ein Mann gegeben, der mit einer gründlichen Portion Skepsis gegen solche Idyllen gewappnet ist. Die These von **Jan Philipp Reemtsma** lautete, Nachbarschaft sei eine „Gewaltressource“. Gerade die entsetzlichen Erschütterungen des Jugoslawienkrieges hatten ihn zu dieser provokanten Formulierung genötigt, weil dort Nachbarn, die teils mehrere Generationen friedlich nebeneinander gelebt hatten, plötzlich übereinander herfielen und sich die Köpfe einschlugen, nur weil der Nachbar Muslim war oder gerade weil er es nicht war.

Die Politik hat in den letzten Monaten immer wieder auf die friedenserhaltenden Leistungen der EU verwiesen, das norwegische Komitee hat der EU den Friedensnobelpreis zuerkannt hat. Wir alle dürfen uns mit einem kleinen Quentchen als Geehrte fühlen. Mich persönlich stimmt es vorsichtig optimistisch, dass es nicht mehr so selbstverständlich ist, dass Eltern noch jeder Generation seit dem Beginn des 19. Jahrhunderts ihre Söhne in Kriegen opfern, dass selbst aus den USA erhebliche Kriegsmüdigkeit vermeldet wird. Jeder kann nach Afghanistan und Irak und vorher Vietnam und Kambodscha, um nur die wichtigsten Kriegsschauplätze neben den zahllosen afrikanischen zu nennen, wissen, dass in Kriegen wirklich gestorben und wirklich getötet wird. Vielleicht ist es so, dass Menschen lieber gute Nachbarschaft wollen und man deshalb Regulative schaffen und erhalten muss, die solche Nachbarschaft ermöglichen. Das bedeutet umgekehrt, man muss dafür sorgen, dass Gewalt keinen Raum bekommt. Dafür ist zuständig das, was wir als Kultur mit ihren Institutionen bezeichnen.

Auch zwischen anderen Nachbarn muss Kultiviertheit gepflegt werden, soll das Potential der Nachbarschaft als Gewaltressource eingedämmt bleiben. Das gilt insbesondere für wissenschaftliche Nachbarn. Man muss sich für deren akademisches Leben etwas interessieren und zur Kenntnis nehmen, was dort passiert. Es kommen gute Ideen von dort und ich will hier ein paar wenige Blicke in die verhaltenstherapeutische Nachbarschaft werfen. Ein sehr gutes Buch, vom Heidelberger **Peter Fiedler** herausgegeben, lohnt die Lektüre. Und zugleich kann man erkennen, wo „Gewaltressourcen“ liegen, auch wenn man natürlich hier eher von „Konfliktressourcen“ sprechen sollte, denn gewalttätig wollen wir nicht werden. Denn sehr ärgerlich ist, wenn man erlebt, wie manche guten Ideen aus dem eigenen Hause stammen, gleichsam entwendet wurden – aber deren Herkunft wird einfach nicht kenntlich gemacht! Darauf möchte ich aufmerksam machen, mit Nachdruck.

Zum anderen möchte ich einige verhaltenstherapeutische Untersuchungen vorstellen, die Klärungen in Fragen schaffen, die auch uns Psychoanalytiker interessieren müssen. Die sogar „Wasser auf unsere Mühle“ sind und Dinge bestätigen, die von psychoanalytischer Seite seit vielen Jahren immer wieder vertreten worden sind. Aber wir haben sie nicht untersucht, jetzt kommt die Empirie von der anderen Seite und das darf man also durchaus zur Kenntnis nehmen.

### Hier verwendete Literatur:

- Fiedler, Peter (Hrsg.) (2012): Die Zukunft der Psychotherapie. Wann ist endlich Schluss mit der Konkurrenz?, Berlin (Springer).
- Flückiger, C.; Del Re, A.C; Wampold, Bruce E.; Symonds, Dianne; Horvath, Adam O. (2012): How Central is the Alliance in Psychotherapy? A Multilevel Longitudinal Meta-analysis, in: Journal of Counseling Psychology 59, S. 10–17.
- Flückiger, C.; Del Re, A.C; Wampold, Bruce E.; Znoj, Hansjörg; Caspar, Franz; Jörg, Urs (2012): Valuing Client's Perspective and the Effects on the therapeutic Alliance: A Randomized Controlled Study of an Adjunctive Instruction, in: Journal of Counseling Psychology 59, S. 18–26.
- Flückiger, C.; Grosse, Holtforth M.; Znoj, Hansjörg; Caspar, Franz; Wampold, Bruce E. (2012): Is the relation between early post-session reports and treatment outcome an epiphenomenon of intake distress and early response? A multi-predictor analysis in outpatient psychotherapy, in: Psychotherapy Research 22, S. 1–13.
- Leahy, R.L (2001): Overcoming resistance in cognitive therapy, New York (Guilford Press).
- Leahy, R.L (2003): Roadblocks in cognitive-behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change, New York (Guilford Press).
- Munder, Thomas; Flückiger, Christoph; Gerger, Heike; Wampold, Bruce E.; Barth, Jürgen (2012): Is the Alliance Effect an Epiphenomenon of True Efficacy Differences Between Treatments? A Meta-Analysis, in: Journal of Counseling Psychology.
- Munder, Thomas; Gerger, Heike; Trelle, Sven; Narth, Jürgen (2011): Testing the allegiance bias hypotheses: A meta-analysis, in: Psychotherapy Research 21, S. 670–684.
- Peräkylä, Anssi (2013): Conversation Analysis in Psychotherapy, in: Sidnell, Jack / Stivers, Tanya (Hrsg.). The handbook of conversation analysis, Chichester, West Sussex, UK, Wiley-Blackwell, S. 551–575.
- Reemtsma, J. P. (2004): Nachbarschaft als Gewaltressource, in: Mittelweg 36 13, S. 103–120.
- Sell, Christian (2012): Die Wissenskultur der Psychoanalyse und ihre Differenzen zur kognitiven Verhaltenstherapie, in: Gödde, Günter / Buchholz, Michael B. (Hrsg.). Der Besen, mit dem die Hexe fliegt. Wissenschaft und Therapeutik des Unbewussten. Band 1: Psychologie als Wissenschaft der Komplementarität, Giessen, Psychosozial-Verlag, S. 271–299.

## DIFFERENZEN VON KULTUREN

Zu dem von **Günter Gödde** und mir herausgegebenen zweibändigen Werk „Der Besen, mit dem die Hexe fliegt“ (2012) hat **Christian Sell** einen klugen Beitrag geliefert, der auf schöne Weise die Differenzen zwischen verhaltenstherapeutischer und psychoanalytischer Wissenskultur deutlich macht. Es geht also nicht um Wissenschaftskulturen, sondern um Wissenskulturen. Dieser Begriff geht u.a. auf **Ludvig Fleck** zurück, einen Biologen, der von den Nazis im KZ inhaftiert war, überlebte und Studien zu Wissenskulturen betrieb, in denen er zeigte, dass sog. Fakten in unterschiedlichen Wissenskulturen unterschiedliche Bedeutung annehmen, ja dass manche Fakten in anderen Wissenskulturen überhaupt nicht wahrgenommen werden können. Eine seiner prägnanten Formulierungen lautete, dass wissenschaftliche Fakten ein Zeichen dafür seien, dass mit dem Denken aufgehört werde. Dies Thema wird selbst wiederum ausführlich studiert, ich werde später eine empirische Studie anführen, in der Verhaltenstherapeuten einen indirekten Beleg dafür liefern.

Sell nun nutzt diese Konzeption, um zu zeigen, dass es auch zwischen der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) und der Psychoanalyse (PA) sehr unterschiedliche Wissenskulturen gibt und der sog. Schulstreit deshalb nicht einfach durch empirische Forschung entschieden werden könne – weil diese der Wissenskultur der KVT sehr viel näher stehe als der PA. Bedeutsame Aspekte der PA könnten so nicht zur Darstellung gelangen. Das Argument ist von Sell umfangreich ausgearbeitet, v.a. verweist er darauf, dass Wissenskulturen an bestimmte Praktiken gebunden sind. Das gilt für Kontroversen innerhalb des Feldes der Naturwissenschaften, der Jurisprudenz, der technischen Anwendungsbereiche ebenso wie eben zwischen KVT und PA.

Diese Praktiken legen fest, *wie* wir wissen, *was* wir wissen. *Innerhalb* jeder Wissenskultur gibt es eine sich selbstbestätigende Zirkularität von solchen Praktiken und dem so erzeugten Wissen des Wissens. *Zwischen* verschiedenen Wissenskulturen allerdings bricht

diese Zirkularität auf; man erkennt die Zirkularität allerdings nur von einer exzentrischen Position aus, von einer gedanklichen Position jenseits der eigenen Wissenskultur. Eben darin liegt das anregende Potential der Differenz von Wissenskulturen.

Eine Gewaltressource würde daraus, wenn eine Wissenskultur hegemoniale Ansprüche gegenüber anderen geltend machen würde. An die Stelle von Nachbarschaft träte dann der Wille, sich das Territorium des Nachbarn aneignen zu wollen. Von manchen ist der imperiale Anspruch der Neurowissenschaften durchaus so gesehen worden, die methodische Autonomie des eigenen Faches – der Geschichtswissenschaften, der Kulturwissenschaften, der Philologien etwa – würde aufgegeben werden müssen, wenn Geltung nur noch hätte, was neurowissenschaftlich ermittelt wäre.

Mit diesen Überlegungen im Blick wende ich mich dem Buch von Peter Fiedler zu.

Die in diesem Band versammelten ausschließlich Heidelberger Kolleginnen und Kollegen haben sich geeinigt, die Zwangsjacke einer an Schulen orientierten Versorgung ablegen zu wollen; weiteres Gerangel der Therapieschulen produziere nur Stagnation und diese zu überwinden ist ihr wissenschaftspolitisches und zugleich praktisches Ziel. An ihre Stelle müsse endlich die Freiheit treten, schulisch gebundene Kompetenzen zum Wohl ihrer Patienten zu lehren und anzuwenden und die Stärken der je anderen Schulen zu schützen – und ggf. einen Patienten auch einmal an eine Therapeutin der anderen schulischen Richtung zu überweisen. Aus dem schönen Heidelberg kamen öfter schon interessante Impulse. Peter Fiedler vertritt dies noble Ziel. Und es wird, mit einer charakteristischen Ausnahme, auf eine noble Weise anvisiert.

Alle Beiträge in diesem Band sind auf hohem Niveau. Fiedler stellt einleitend fest, wie „schmal“ gesicherte Kenntnisse für psychische Störungen immer noch sind und schlägt überraschend ein Festhalten an der alten Strotzka-Definition der Psychotherapie von 1975 vor. Reiner Bastine zertrümmert in

einem beachtlichen Beitrag wuchert das Komorbiditätskonzept.

Weil alle anderen Beiträge sich immer wieder auf diesen Beitrag beziehen, will ich mich ihm etwas ausführlicher widmen. Die empirische Befundlage, so Bastine, zeige, dass Komorbidität eher die Regel als die Ausnahme sei; monosymptomatische Störungen kommen in der Praxis so gut wie nicht vor. Das war eine von psychoanalytischer Seite immer wieder vertretene Position *gegen* eine ausschließlich „störungsspezifische“ Ausrichtung der Psychotherapie und gegen ihre Manualisierung – jetzt wird sie, unter umfangreichem Bezug auf empirische Forschung, glänzend bestätigt. Komorbidität sei ein nur „anspruchsvoll klingendes“ Konzept, das aber

„überhaupt nichts erklärt: Es ist rein deskriptiv-formal, beschreibt lediglich zeitliche Überschneidungen des Auftretens psychischer Störungen und lässt jede inhaltliche Begründung vermissen, abgesehen von dem kryptischen, dennoch fatalen Bezug auf das Krankheitskonzept („Morbus““ (S. 18 f.).

Dem Komorbiditätskonzept stehe auch die klinische Sicht entgegen, wonach ein

„gemeinsames Auftreten verschiedener psychischer Auffälligkeiten meistens keineswegs zufällig, sondern systematisch ist: In aller Regel lassen sich funktionale oder kausale Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Störungsaspekten rekonstruieren, die verständlich und erklärbar machen, warum verschiedene psychische Beeinträchtigungen bei dem speziellen psychischen Hintergrund und den spezifischen Lebensumständen eines Patienten auftreten. Das schließt explizit ein, dass es bei einem Patienten durchaus andere Erklärungen für das gemeinsame Auftreten von Ängsten und depressiven Beeinträchtigungen geben kann als bei einem anderen Patienten“ (S. 19)

Solche Einwände gegen das Komorbiditätskonzept habe ich in Erinnerung, wie sie von psychoanalytischer Seite vorgebracht wurden und darüber immer wieder in diesen PNL berichtet. Ich frage mich, ob Bastine völlig klar ist, welche Konsequenzen seine Formulierungen haben? Denn er gibt praktisch für unumstößlich gehaltene Glaubenssätze auf,

die bislang in der VT galten: dieselben Symptomatiken können individuell sehr unterschiedliche Erklärungen erfordern – heißt für die Forschung, der störungsspezifische Ansatz muss aufgegeben werden, er war ein Fehler!

Lesen wir genau: a) „Rekonstruktion“ von funktionalen und kausalen Zusammenhängen – der Einwand gegen die Psychoanalyse war immer gewesen, sie könne nur „im Nachhinein“ (rekonstruieren) erklären und verstehen und jetzt scheint dieser Einwand *de facto* vom Tisch geräumt!

b) Wenn es individuell verschiedene Erklärungen gibt – was muss man dann von gruppenstatistischen Designs halten, die auf der Basis solcher Gruppierungen durchgeführt wurden und vermeintlich die Überlegenheit der VT bei dieser oder jener „Störung“ dokumentiert haben? Was ist da eigentlich untersucht worden?

Solche Fragen stellen sich in aller Radikalität. Bastine selbst teilt diese Sichtweise offensichtlich und formuliert seinerseits ganz radikal:

Dem Komorbiditätskonzept liege eine „konzeptuell-theoretische Aporie“ und gerade „keine Not der klassifikatorischen Umsetzung“ (S. 19) zugrunde; man habe eben einfach mal das untersucht, wofür man Instrumente hatte. Hier sieht man auf schönste, nämlich empirische Weise bestätigt, was Christian Sell über Wissenskulturen formuliert hatte: Bestimmte Praktiken generieren bestimmtes Wissen, Forschungsinstrumente wie Fragebögen erzeugen jene „Fakten“, die in einer bestimmten Wissenskultur rekursiv diese Praktiken bestätigen. Bastine bleibt herzerfrischend radikal:

Die Fiktion einer kategorialen Abgrenzbarkeit psychischer Störungen „und damit die Annahme distinkter Störungseinheiten“ müsse „endgültig verabschiedet werden.“ Ein solcher „kategorialer Fehler“ (!) stehe einem zeitgemäßen Verständnis psychischer Störungen als praxisuntauglich entgegen (S. 20).

„Die kategoriale Denkweise, in der die einzelne Störung eine singuläre Entität ist, muss durch eine systemische Denkweise ersetzt werden“ (S. 20)

Hier merkt man die Bereitschaft, sich eine „systemische Denkweise“ anzueignen. Das könnte, gleichsam als Nebenbemerkung angefügt, andere Heidelberger wie **Helm Stierlin**, **Gunthard Weber** oder **Fritz B. Simon** freuen, die schon lange „systemische Denkweisen“ vertreten und entwickelt haben. Warum diese Auch-Heidelberger bei einem solchen, weiträumig gebrauchten Namen für eigenes folgenreiches Umdenken nicht erwähnt werden, bleibt mir allerdings ein Rätsel. Es löst sich wiederum auf, wenn man in „Wissenskulturen“ denkt; selbst im milden Heidelberg nimmt man offensichtlich mit „anderen Nachbarn“ dann doch wenig Kontakt auf. Darin liegt der noch näher zu beschreibende imperiale Anspruch.

Systemisches Denken freilich ist mit den Traditionen der VT keineswegs umstandslos kompatibel. Gibt Bastine versteckt den Bankrott der eigenen verhaltenstherapeutischen Methoden und Grundauffassungen bekannt? Vermutlich würde er das so nicht sagen, sondern eher von einer „Weiterentwicklung“ diplomatisch sprechen wollen. Sehen wir einmal, wie er die systemische Denkweise weiter für die Zukunft – das ist Titel und Thema des Buches! – entfaltet und was er anbietet, nachdem das Komorbiditätskonzept abgeräumt ist. Ich lasse ihn umfänglich zu Wort kommen:

„Diese systemische Konzeptualisierung von Psychotherapie gründet auf zwei Postulaten:

- Die Psychotherapie behandelt ein komplexes, sich dynamisch entwickelndes System psychischer Störungen. In diesem dysfunktionalen System stehen die verschiedenen psychischen Beeinträchtigungen („Symptomatiken“) untereinander sowie mit übergeordneten psychischen Problemen in vielfältigen strukturellen Beziehungen ... Solche übergeordneten psychischen Probleme sind etwa Beeinträchtigungen des Selbstwertes, der Selbstakzeptanz und der Identität, des Verlustes von Kontrolle und Selbstbestimmung, Defizite der Emotionsregulation, unausge-

schöpfte psychische und soziale Ressourcen, unbefriedigende soziale Beziehungen und Bindungen, mangelnde Bewältigung von Belastungen und sozialen Konflikten, unverarbeitete Lebensereignisse und Lebensthemen oder inadäquate Ziele und Motive“.

- Psychotherapie muss zugleich den Lebenskontext konzeptuell einbeziehen, nämlich die vielfältigen Verbindungen und Wechselwirkungen der psychischen Problematik mit den Merkmalen der Person, ihren sozialen und ihren somatischen Bedingungen, ihrem Werdegang, ihren Lebenserfahrungen und ihren Lebensumständen“ (S. 23).

*Wenn das also die Psychotherapie der Zukunft werden soll, die hier durch Bastine skizziert wird, dann ist das erkennbar Psychoanalyse mit systemischen Bezügen - aber sie soll unter dem Namen der Verhaltenstherapie auftreten!*

Anleihen werden also nicht nur bei Systemikern gemacht, sondern auch bei der Psychoanalyse; von ihr stammen die soeben von Bastine umstandslos genannten Konzepte des

Selbstwertes (**Heinz Kohut**), der Identität (**Erik H. Erikson**, siehe auch meinen letzten PNL), der Selbstbestimmung (**Sigmund Freud**: „Wo Es war, soll Ich werden“), der Bindung (**John Bowlby**), des Konflikts (**Sigmund Freud**) die Einbeziehung der Lebensgeschichte (gesamte Psychoanalyse) und der Begriff der Person (**Wolfgang Loch**), der seinerseits eine weite philosophische Dimension aufweist. *Wenn das also die Psychotherapie der Zukunft werden soll, die hier skizziert wird, dann ist das erkennbar Psychoanalyse mit systemischen Bezügen - aber sie soll unter dem Namen der Verhaltenstherapie auftreten!*

Auf diesen, durchaus mit überzeugender argumentativer und empirischer Durchschlagskraft geschriebenen Beitrag von Bastine beziehen sich alle weiteren Texte im von Peter Fiedler herausgegebenen Buch. **Christoph Mundt** entwickelt eine psychopathologische Perspektive für die Psychotherapie der Schizophrenie in der Zukunft, der man gesättigte Praxiserfahrung ebenso anmerkt wie profunde Forschungskenntnis; auch er plädiert für eine „Denosologisierung“ (S.

35); will heißen: bisher haben wir uns zu viel um Klassifikation und um den Fetisch der Diagnosen, der Störungen und ihrer Spezifität gedreht. Auch das ist gewiss richtig, aber es sind späte Eingeständnisse, die man hätte früher haben können! V.a. wird bei diesem Vorschlag einer Denosologisierung zu wenig bedacht, dass mit der medizin-analogen evidenzbasierten Programmatik von „Diagnose + Forschungsbefund + manualisierte Therapie“ erheblich Politik gemacht wurde, auch bestehende Strukturen zerschlagen wurden. Aber jetzt wendet man sich offenbar manchem zu, das man vorher arg befeindet hatte.

**Sabine C. Herpertz** steuert einen informativen Überblick über die neurobiologischen Erkenntnisse der Psychotherapie bei, in deren weiterer Förderung sie die Zukunft der Psychotherapie sieht. Dem kann sich freilich **Annette Kämmerer** nicht so ganz anschließen. Ihr Beitrag über Psychotherapie und Geschlechtszugehörigkeit ist voll von epidemiologischen Befunden, die sie trocken einen an den anderen reiht, sodass man merkt, wie sich das alles reibt; gerade darin gewinnt sie rauen Daten eine enorme Intensität ab. Konsequenter endet sie weniger bei der Neurobiologie, sondern sieht klinische Psychologen

„gut beraten, uns wieder stärker einem sozialpsychologisch verwurzelten Menschenbild und einem ebensolchen Verständnis psychischer Störungen zuzuwenden. Die klinische Psychologie war stets eine wissenschaftliche Disziplin, die subversiven Charakter hatte“ (S. 71)

Wow, ruft man aus! Diese Selbsterhöhung der klinischen Psychologie in den subversiven Untergrund hatte man doch bisher nur von Psychoanalytikern gelesen! Aber sie ist ja richtig, denn Menschen leiden zwar immer individuell, aber ihr Leiden ist sozial produziert. Die Wendung zur Sozialpsychologie ist deshalb durchaus folgerichtig und könnte sich auch auf weitere Arbeiten zur „klinischen Sozialpsychologie“ etwa stützen. Freilich – auch hier wundert man sich, denn solche Subversion hatte man den Psychoanalytikern stets überlegen lächelnd vorgehalten: unter Hinweis auf „den Forschungsstand“.

Es folgen sehr informative Beiträge über die Beiträge der Persönlichkeitspsychologie, über die Entwicklungspsychologie – sowohl der frühen als auch der reifen Altersjahre. Und darin fordert auch **Franz Resch**, gerade bei Kindern die Psychotherapie nicht nur symptomorientiert zu gestalten (S. 112). **Gert Rudolf** trägt mit einer Darstellung strukturbezogener Psychotherapie bei und will „Entwicklungslinien der Psychotherapie als Ganzes ins Auge“ fassen (S. 136). Ein bisschen kleinere Münze hätte gereicht, denn seine (bekannteren) Überlegungen sind ja interessant, auch wenn nicht jeder ihm in allen Punkten zustimmen wird. Wiederholt werden die von ihm öfter ausgeteilten Hiebe gegen die Psychoanalyse, die es angeblich als „Affront“ empfinde, wenn man gute Behandlungsergebnisse in kurzer Zeit, ohne Abwehr- und Übertragungsdeutungen (S. 143) erreiche. Kennt Rudolf nicht die Arbeiten von **Balint**? Von **Malan**? Und vielen anderen?

**Peter Fiedler** schließt den Band mit einem nun wieder überraschenden Beitrag, in welchem er die Überwindung der Konkurrenz vorschlägt: „von der Phänomenologie von Störungs- oder Krankheitsbildern her einen Weg zur Behandlung zu suchen“ (S. 151). Praxis rangiere vor Forschung (S. 155) und schließlich plädiert er dafür, „ausdrücklich an die bisherigen Erfolge einer phänomen- und störungsspezifischen Psychotherapie anzuschließen“ (S. 156).

Jetzt setzt man sich freilich überrascht hin, blättert das ganze Buch noch einmal durch, sichtet die angestrichenen Stellen – tatsächlich: die anderen Autorinnen und Autoren möchten den störungsspezifischen Ansatz mit seinem diagnostischen Fetisch beenden, übergeordnete Themen nach dem Vorschlag von Bastine untersuchen, eher die sozialen Dimensionen wieder gewinnen. Doch Fiedler sieht genau in der Störungsorientierung die Zukunft, wie kann das nun wieder sein? So einvernehmlich kann es in Heidelberg doch nicht zugehen. Lese ich weiter, finde ich dann wieder sympathische Äußerungen zur behandlungstechnischen Einstellung, die mich im Freud'schen Sinne „unheimlich“ anmuten; unheimlich bekannt nämlich:

„Denn wohl jede Psychotherapie wandert trotz vorhandener Erkenntnis und Entwicklung von Sitzung zu Sitzung von einem Versuchsstadium ins nächste. Und jede Behandlung geht von der Beobachtung am neuen Einzelfall aus, auch wenn sich Therapeuten von vorhandener wissenschaftlicher Kenntnis leiten lassen“ (S. 160).

Auch hier wird die bisherige VT-Position, die mit der unbedingten Empirie-Geprüftheit ihrer Methoden und Theorien hausieren ging, stillschweigend geräumt; man merkt, die klinischen Probleme drängen sich in die VT-Theoretisierung mächtig hinein und das hat Folgen. Sie äußern sich so, dass Therapeuten zwar von Theorie geleitet sind, aber das, was sie tun, ist durchaus noch etwas ganz anderes.

Jetzt begreift man: diese verhaltenstherapeutische Sicht auch der Behandlungssituation kommt einem bekannt vor. Sie ist eine Reformulierung des Jungtims von Heilen und Forschen, folgt dem Rat, mit gleichschwebender Aufmerksamkeit seinem Patienten zuzuhören und weiß mit der Formulierung Freuds darum, dass mit jedem Patienten eine „Hexenprobe“ zu bestehen ist, dass man nämlich am Anfang nicht sicher wissen könne, bei noch so viel formaler Diagnostik, womit man es da zu tun hat. So ist es. Ein Psychoanalytiker, **Merton Gill**, hatte einmal formuliert: „Ein *theoretisches* Behandlungsprogramm *anzuwenden* wäre ja Schmalz im Dritten Ohr“. Hier also wird von Fiedler eine weitere verhaltenstherapeutische Bastion stillschweigend geräumt, nämlich die, man könne Therapie betreiben nach dem Modell der *Anwendung* von Theorie auf eine Praxis. Das war jahrzehntelang als der entscheidende wissenschaftliche Vorteil der VT behauptet worden, weil ihre Theorie ja wissenschaftlich geprüft sei. Stillschweigend wird dieser technologische Mythos aufgegeben. Nicht aufgegeben wird aber der neue Mythos, es handele sich um eine Weiterentwicklung. Nein, man muss sagen, dass die VT mit solchen, durchaus ja richtigen Formulierungen da ankommt, wo Sigmund Freud schon lange war.

Dessen Lehre kommt in diesem Buch, das ein Ende der Konkurrenz propagiert, kaum vor. Man merkt: Die populäre Devise vom „Schluß mit der Konkurrenz“ hat die Psy-

choanalyse von vorneherein ausgegrenzt! Das folgt einer publizistischen Strategie. In anderen verhaltenstherapeutischen Lehrbüchern kann man durchaus schon mal lesen, der Autor wolle Leser über Richtlinienverfahren aufklären - und dann werden VT und TP vorgestellt. Psychoanalyse, heißt es dann weiter, werde es in wenigen Jahren ja gar nicht mehr geben! Das Ende der Konkurrenz wird hier mit einer Strategie des Verschweigens oder Totschweigens erreicht. Studierende erfahren so überhaupt nicht mehr, dass es Psychoanalyse durchaus noch gibt und dass alle Nachrichten von ihrem Ableben verfrüht sind.

Die Erbmasse der Psychoanalyse, Beispiele habe ich genannt, eignet man sich dann umso leichter durchaus an. Auch die der Systemiker. Deren Fragestrategien (hypothetisch, zirkulär usw.) werden zwar in VT-Lehrbüchern beschrieben. Aber Autoren dieser anderen Schulen und damit die Herkunft der „neuen“ Konzepte werden eben so wenig genannt wie Bastine es für nötig hält, bei „systemischen Denkweisen“ auf deren Urheber zu verweisen oder wenn Verhaltenstherapeuten von „Widerstand“ und „Übertragung“ schreiben (ich habe zwei Arbeiten von **Leahy** ins Literaturverzeichnis aufgenommen) – ohne zu beschreiben, woher sie solche Konzepte haben. Auf einer letztseitigen Werbung in Fiedlers Buch wird die „3. Welle der Verhaltenstherapie: Das Erleben des Patienten steht im Mittelpunkt“ genannt. Das stammt erkennbar von den Gesprächstherapeuten. Diese Art von publizistischem Kannibalismus, sich alles von anderen einzuverleiben ohne auch nur theoretische Rezepte, fremde Köche und deren Kunst zu erwähnen oder gar anzuerkennen, wird nicht dadurch besser, dass man Rudolf als Vertreter der Psychoanalyse mit ins Boot bzw. Buch nimmt. Sein Platz ist hier der des Feigenblatts.

Diese publizistische Strategie bleibt Stein des Anstoßes. Sie ist weder fair noch klärt sie die Differenzen hinreichend. Der Untertitel des Buches gehört gestrichen. Dann haben wir es immer noch mit lesenswerten, klugen und ideenreichen Beiträgen zu tun, die auch Therapeuten anderer Schulen mit Gewinn zur Kenntnis nehmen werden, weil sie auch den

gewachsenen Wert von Forschung für die Praxis zeigen. Wir sehen eine Zukunft der Psychotherapie, wie Heidelberg-United sich das vorstellt. Sehr anregend, gut geschrieben, lesenswert, diskussionsfähig – und natürlich diskussionsbedürftig. Konkurrenz im besten Sinne. Aber es wäre ein unfairen und aktiver Beitrag gerade zur Fortsetzung der Konkurrenz statt zu deren Beendigung, wenn die Beiträge der konkurrierenden Autoren überhaupt nicht zu Worte kommen, sondern als eigene ausgegeben werden. Eine Psychotherapie der Zukunft, die sich so sehr der Psychoanalyse, der systemischen Richtung, teils auch der Gesprächstherapie angenähert hat wie die zitierten Positionen verdeutlichen, müsste den Namen „Verhaltenstherapie“

streichen und eingestehen, wo sie sich jahrzehntelang dogmatisch geirrt und verirrt hatte, wo sie Anleihen bei anderen macht, wo ihre so gellend vorgetragenen positiven Forschungsergebnisse möglicherweise eben wegen dieser stillschweigenden Anleihen „pro VT“ wurden. Und in die Öffentlichkeit sollte diese Einsicht auch getragen werden. Aber Psychoanalytiker könnten ihrerseits die teils etwas phobisch anmutenden Berührungspunkte mit einer solcherart gewendeten ehemaligen Verhaltenstherapie aufgeben. Denn wie man sieht, gibt es bei den Lerntheoretikern eine enorme Lernfähigkeit. Sie sollten nur aufhören, sich ihre Nachbarn bzw. deren Wissen epistophagisch einverleiben zu wollen.

#### FORSCHUNGEN IN DER VT

Nun aber will ich die polemischen Gäule nicht weiter galoppieren lassen, ziehe die Zügel und stelle auch fest, dass die VT zu einer überzeugenden Kritik am Komorbiditätskonzept etwa gekommen ist durch eine weit ausgedehnte Forschung, die Bastine ausgiebig vorstellt. Man muss konsequent formulieren, dass gute empirische Forschung zur Annäherung an klinische Positionen und zur Aufgabe von unpraktischen Dogmatiken drängt, wie sie jahrzehntelang vertreten wurden in der Vorstellung, „alles“ sei gelernt und dies Gelernte könnte man durch die bekannten Lernprinzipien aufklären. Gewiss, die VT hat längst schon ihre Wendung zur Kognition vollzogen, aber in heutigen Lehrbüchern wird die Lernprogrammatisierung (operantes, klassisches Konditionieren und Imitationslernen, Kanfers Schema) immer noch beschrieben.

Die Forschungslage sieht differenzierter aus und für diesen erfreulichen Befund möchte ich nun einige Beispiele aus Studien geben, die in der Schweiz gemacht worden sind (siehe dazu die kleine Literaturliste zu Beginn dieses PNL).

Die Frage nach dem Arbeitsbündnis hat Psychoanalytiker ebenso wie Psychotherapieforscher beschäftigt. Als gesichertes Wissen galt aus entsprechenden Untersuchun-

gen, dass die Arbeitsbeziehung entscheidender Prädiktor für den Behandlungserfolg in jeder Form der Psychotherapie sei. In jüngerer Zeit war eine Diskussion darüber entstanden, weil einige Befunde anzudeuten schienen, dass das Arbeitsbündnis selbst wiederum davon bestimmt sei, dass in den anfänglichen Sitzungen eine symptomatische Entlastung erreicht werde; sei das gegeben, dann stelle sich auch eine gute „working alliance“ ein. **Christoph Flückiger** und seine angesehenen Mitautoren stellen die Frage nach der Zentralität der Arbeitsbeziehung in der Psychotherapie in mehreren Publikationen. Sie weisen zunächst darauf hin, dass RCT-Studien eine schwächere Beziehung zwischen Allianz und Outcome dokumentieren als naturalistische Studien und sie konzipieren eine „multilevel meta-analytic method“ zur Prüfung solcher Fragen.

In diese Meta-Analyse gehen 190 Studien verschiedener therapeutischer Orientierungen, die von 1973 bis 2009 durchgeführt wurden, ein. Insgesamt lassen sie 1142 Allianz-Outcome-Beziehungen dokumentieren, untersucht an insgesamt 14.217 Patienten mit durchschnittlich 75 Patienten pro Studie – ein beachtliches Gesamtunternehmen also, das einen Blick auf die Rolle der Allianz-

Outcome-Beziehung bei Verhaltenstherapie, interpersoneller Therapie und anderen Richtungen gestattet. Verschiedene Moderator-Variablen, die die Allianz-Outcome-Beziehung (AOB) beeinflussen, wurden identifiziert und deren Einfluss in einem aufwendigen statistischen Modell berechnet. Als Ergebnis teilen die Autoren mit, dass die

*Etwas an der Beziehung ist entscheidender als die evidenzbasierte Technologie des Manuals, dessen Wirksamkeit in RCT-Studien angeblich als allein wirksam nachgewiesen wurde.*

Allianz-Outcome-Beziehung unabhängig vom Studien-Design oder den verwendeten Instrumenten und Manualen „quite robust“ sei. Aber was die AOB moderierend beeinflusst habe, sei die „researcher allegiance“, deren Einfluss noch etwas detaillierter beschrieben werden kann, worauf ich gleich noch eingehe. Von welcher Überzeugung ein Forscher und sein Team ist, hat also einen Einfluss – die Wissenskultur entfaltet ihre Einflüsse unabweisbar. Die Autoren schreiben:

„The results of the present meta-analysis support the ubiquitous nature of the relation between alliance and outcome and do not support the argument that the alliance-outcome relationship is substantially less relevant or influential in standardized evidence-based treatments, such as CBT, for specific disorders, and/or in the context of randomized clinical trials“ (S. 15)

Das Prozessmerkmal „Arbeitsbeziehung“ ist demnach ein starker Prädiktor des Outcome einer Behandlung; die Arbeitsbeziehung bleibt somit relevant und übt ihren Einfluss aus. Das gilt für naturalistische, aber interessanterweise eben auch in randomisierten Studien. Selbst in standardisierten, evidenzbasierten Behandlungen wie CBT bleibt ihr Einfluss stark, egal um welches Störungsbild es sich handelt. Um das zu erläutern, sprechen die Autoren von einem „confident commitment“, das den Kern der Arbeitsbeziehung ausmache, also von einer Art ver-

trauensvollen Selbstbindung an die gemeinsame Arbeit während der Therapie.

Ich verstehe das so, dass hier etwas als prozessual entscheidend angesehen wird, was mehr und anderes ist als die jeweilige evidenzbasierte „Technologie“, die in Manualen niedergelegt werden könne und deren Einfluss in RCT-Studien angeblich allein gemessen werde.

Mich beeindruckt dieser Befund, die Art seiner Ermittlung und Mitteilung und die damit, wie ich es verstehe, gegebene Einsicht, dass etwas an der Beziehung entscheidender ist als die Technologie eines Manuals. Ihre in „Psychotherapy Research“ publizierte Studie leitet die Arbeitsgruppe von Flückiger nun mit einem interessanten Satz ein:

„Psychotherapy uses innate human interpersonal skills such as language and other communications to change the mental representations of the individual as well as his or her interpersonal behaviors, cognitions, emotions and needs“ (S. 1)

Sie zitieren für diese Sicht auch in der Psychoanalyse wohlbekannte Autoren wie etwa **Benedetti** und machen damit klar, dass Psychotherapie eine Verfeinerung von „innate human interpersonal skills“ sei, also gerade nicht allein in Technologie bestehe. Sie wollen in dieser Studie den Outcome der Behandlung daraufhin untersuchen, inwieweit er abhängig sei von den Behandlungserfahrungen, die ein Patient bereits früh zu Beginn der Behandlung macht. Dazu müssen dann anfängliche Symptomschilderungen ebenso in die Berechnungen eingehen wie auch der „interpersonal distress“, also anfängliche Not und Kummer. Erhoben werden dazu anfängliche Beziehungsschilderungen über die Sitzungen („session experiences“) sowohl durch den Patienten wie auch durch den Therapeuten. Insgesamt haben in dieser Studie 151 Therapeuten die nicht geringe Zahl von 430 „completers“ behandelt. Damit sind Patienten gemeint, die die ins Auge gefasste Therapie in vollem Umfang durchgestanden haben. Abbrecher gehen also nicht diese Studie ein. Die Therapeuten waren in ihrer Ausbildung fortgeschritten und wurden zweiwöchentlich supervidiert. Sie praktizierten 50-minütige Sitzungen, die Behandlungen dauerten im

Durchschnitt etwas mehr als 30 Sitzungen. Die Behandlungsformen werden als „cognitive behavioral, process-experiential“ und als „interpersonal interventions“ bezeichnet, individuelle Fallformulierungen seien verwendet worden.

Sowohl die *intrapersonalen* Erfahrungen, die Patienten in ihren „early session reports“ dokumentieren als auch die *interpersonellen* Erfahrungen mit dem Therapeuten während der ersten 3 Sitzungen erweisen sich als hochgradig potente Prädiktoren für den Behandlungserfolg. Wichtig ist durchaus eine rasche anfängliche Symptomreduktion im Sinne einer „Remoralisierung“; aber die Befunde stellen die Hypothese in Frage, dass der prädiktive Wert der „interpersonal session-experiences“ eine *Folge* der Symptombesserung sei.

„On the contrary, interpersonal session-experiences remained predictive even when early response in well-being and symptom reduction, intrapersonal patient experiences, and problem activation were controlled for.“ (S. 9)

Damit hat man also einen stabilen Befund: die „zwischenmenschliche“ (so salopp übersetze ich hier einmal das Wort „interpersonal“) Erfahrung zu Beginn der Behandlung behält ihre hohe Vorhersagekraft, selbst wenn andere frühe Variablen statistisch mit ihrem Einfluss auf das Behandlungsergebnis kontrolliert werden!

Aus diesem beachtlichen Befund ziehen die Autoren nun deutliche „implications for clinical practice“:

Therapeuten müssen v.a. eine Menge Dinge zu Beginn der Behandlung zugleich beachten. Patienten sind ihrerseits mit anderem, ungesagtem Kummer noch befrachtet („burdened“), während sie ihre Symptomatik in Worten beschreiben und therapeutische Fragen beantworten. Therapeuten sollten sich deshalb durchaus nicht nur mit der Symptomreduktion beschäftigen, sondern Sorge für das *allgemeine* Wohlbefinden ihrer Patienten tragen. Sie sollten die Qualität der Zusammenarbeit gerade am Anfang sorgfältig einschätzen und ihre anfänglichen Äußerungen auch am Ziel einer guten Kooperation ausrichten. Dazu gehört, die innere Erfahrung von Patienten während der anfäng-

lichen Sitzungen mit den „interpersonellen“ Erfahrungen in Verbindung zu bringen. Kurz, Therapeuten haben die Aufgabe „to keep seeing the wood *and* the trees“ (S. 10). Therapeuten müssen sowohl die spezifischen Details und Aspekte der Behandlung im Blick behalten wie auch „the holistic/contextual picture of the whole therapy embedded in the patient’s life conditions“.

Diese Studie kommt zu praktischen Konsequenzen und sie schlüsselt en detail auf, was Therapeuten zu leisten haben. Darüber hinaus bestätigt sie, dass es nie nur um Symptomreduktion geht, sondern um das allgemeine Wohlbefinden von Patienten; hier kann sich die klinische Weisheit umstandslos einklinken, dass Patienten, die sich bei ihrem Therapeuten „gut aufgehoben“ sehen, rasch zu klagen aufhören können und zu arbeiten beginnen. Mir will auch scheinen, als seien hier Erfahrungen beschrieben und empirisch untersucht, die tatsächlich unabhängig von der Art der durchgeführten Therapie sind.

In einer hübschen experimentellen Studie hat Flückigers Team noch eine weitere Untersuchung zum Arbeitsbündnis vorgelegt. 94 Patienten wurden per Zufall einer von zwei Bedingungen *vor* der Behandlung zugewiesen: a) sie erhielten eine „adjunctive instruction“ in schriftlicher Form, worin sie eingeladen wurden, an ihrer Behandlung in einer „proactive role“ teilzunehmen; b) in der Kontrollbedingung erhielten sie diese Vorab-Instruktion nicht. Patienten, die zuvor suizidale Gedanken geäußert hatten, wurden in die Studie nicht aufgenommen.. Insgesamt waren 54 Therapeuten beteiligt. Der Text der Instruktion wird mitgeteilt in der Publikation; man kann ihn nachlesen. Es zeigt sich, dass eine so einfache Maßnahme wie die Vorab-Instruktion als Meta-Kommunikation *über* die bevorstehende Behandlung aufgefasst werden kann und weiter zeigt sich, dass diese kleine, unaufwendige Maßnahme die globale Allianz entscheidend verbessert. Wo sich die Allianz bessert, so bestätigt sich auch hier wieder, wird auch der Outcome der Behandlung besser. Die Autoren schließen Überlegungen zum Therapiemanagement an, denn eine

solche Vorab-Instruktion könne in Kliniken etwa systematisch implementiert werden.

Ich erinnere mich, wie ich am Anfang meiner Ausbildung gelernt habe, dass man Patienten ausführlich erklären solle, welche Art von Mitarbeit von ihnen erwartet wird. Was also, im Fall der Psychoanalyse, der Sinn der Grundregel ist? Warum die Behandlung im Liegen stattfindet? Und warum wie oft in der Woche? Auch habe ich gelernt, dass es wertvoll ist, Patienten auf bestimmte andere Äußerlichkeiten wie etwa das pünktliche Erscheinen hinzuweisen und mit ihnen solange darüber zu sprechen, bis sie sich zwanglos damit einverstanden erklären können, weil ihnen der Sinn solcher Regelungen einleuchtet. Hier ist dies alles nun in Form einer schriftlich verabreichten Instruktion geschehen, vielleicht ist es irgendwie „humaner“, wenn man das im Gespräch macht. Sei's drum. Mir will einleuchten, was die

Autoren da finden, wie genau sie es empirisch ermittelt haben und welche Schlussfolgerungen sie für das Management von Therapie in großen Institutionen ziehen. Der entscheidende Punkt ist in meinen Augen: Sinn! Ein Patient muss verstehen, welchen Sinn die Regelungen haben, die wir erwarten, welchen Sinn die therapeutischen Aufgaben haben, an denen er mitarbeiten soll. Sinn ist gleichsam das ohne Zwang entstehende Nebenprodukt einer Arbeitsbeziehung, die „Aufgaben“ und „Ziele“ in einer „Beziehung“ („bond“ nannte das der von den Autoren zitierte Psychoanalytiker **Bordin**) entstehen lässt. Wenn wir von einem Patienten fordern, einer Erinnerung nachzugehen oder ein Gefühl genauer zu untersuchen oder die Details eines Erlebnisses zu schildern, dann müssen solche Aufgaben für ihn erkennbar einen Bezug zum Ziel haben – dann entsteht wie von selbst: Sinn.

#### EMPIRIE DER KULTURENDIFFERENZ

Die beiden von **Munder** et al. genannten Studien wenden sich einem, in der Psychotherapieforschung sehr aufmerksam beachteten Thema zu und gehen es empirisch an.

**Lester Luborsky** hatte einmal behauptet, man könne im Wettstreit des empirischen Testens von Therapieschulenerfolgen nicht nur jedem einen Preis verleihen, was als „Dodo-Bird-Verdict“ bekannt ist. Er hatte auch gemeint, man könne den jeweiligen Erfolg der in einer Studie ermittelten Therapieschule vorhersagen, wenn man nur den Namen des Erstautors kenne und wisse, welche Therapieschule dieser favorisiere. Das war durchaus kritisch gemeint und spöttisch und wies darauf hin, dass es tatsächlich so etwas wie die von Christian Sell aus ganz anderen Zusammenhängen beschriebene Differenz der Kulturen geben könnte.

Andere hatten Luborsky mit Nachdruck widersprochen und behauptet, die Ermittlung des Erfolgs einer therapeutischen Schule habe nichts mit der Voreingenommenheit der Untersucher, sondern mit der tatsächlichen Wirksamkeit der untersuchten Therapieform zu tun.

Luborskys Vermutung bekam den Namen der „researcher-allegiance“-Hypothese, abgekürzt RA; die gegenteilige Vermutung bekam den Namen der „true efficacy“-Hypothese.

Munder und seine Ko-Autoren wollen nun beide Hypothesen gegeneinander prüfen. Sie wählen für ihre Meta-Analyse Studien über „Trauma-focused therapies“ (TFT) für post-traumatische Störungen aus. Solche Behandlungen von PTSD seien in ihrer Wirksamkeit bestätigt. TFT umfasse solche verschiedenen Behandlungsstrategien, wie die kognitive VT, Expositionsbehandlungen, Kombinationen von beidem und auch EMDR. Die Untersuchungsrichtung heißt nun:

„Because true efficacy differences among TFTs are nonexistent, according to the true efficacy hypothesis, RA should not be predictive of outcome. Thus, a nonzero association of RA and outcome in comparisons of TFT would support the view that RA is not simply a reflection of true efficacy differences“ (S. 2)

Jetzt wurden Studien gesucht, in denen Patienten mit einer gesicherten PTSD-Diagnose mit diesen unterschiedlichen verhaltensthe-

rapeutischen Strategien behandelt wurden. 1186 Patienten konnten auf diese Weise in die Meta-Analyse eingeschlossen werden. Es zeigt sich nun, dass verschiedene Behandlungsstrategien bei „Trauma-focused therapies“ (TFT) gleichermassen wirksam waren; die Hypothese einer „wahren“, aber unterschiedlichen Wirksamkeit musste fallengelassen werden. Die „researcher allegiance“ (RA) kann nicht auf „true efficacy“ gestützt werden!

„In sum, the results of this meta-analysis implicate that RA appears to be a bias in comparative outcome studies. RA should be regarded as a causal factor and conceptualized as a threat to the validity of conclusions from comparative outcome studies. Clearly, researchers need to be aware of and to institute research operations to minimize RA bias. Practitioners should be cautious when interpreting the findings of comparative studies or meta-analyses in which RA has not been considered“ (S. 5)

So lautet die doch recht radikale Formulierung, mit der die Autoren ihren Befund zu-

sammen fassen! Es gibt demnach so etwas wie ein „Vorurteil“ des jeweiligen Forschers und es ist so stark, dass es als Bedrohung für die Validität der empirischen Aussage aufgefasst werden muss. Den Forschern wird auferlegt, dafür zu sorgen, dass sich die Effekte eines solchen Vorurteils in Grenzen halten und die Praktiker bekommen gesagt, sie sollten Forschungsbefunde mit Vorsicht zur Kenntnis nehmen, wenn in komparativen Studien die Wirksamkeit von diesem

oder jenem behauptet wird; Vorsicht sei angesagt, solange dies RA-Vorurteil in der Studie selbst nicht beachtet und durch geeignete Maßnahmen balanciert wurde.

Wahrscheinlich denken die Autoren daran, dass man solche vergleichenden Studien durchführen sollte unter Beteiligung nicht nur einer einseitig ausgerichteten Forschungsgruppe, sondern unter Beteiligung von Forschern des je anderen Lagers; das wird gewiss

in Zukunft auch verstärkt so kommen.

### *„Researcher Alliance“*

*bleibt ein „bias“;*

*Praktiker sollten*

*Studienbefunde zur*

*vergleichenden*

*Wirksamkeit mit*

*Vorsicht zur Kennt-*

*nis nehmen.*

## CONCLUSIO

Die Differenz der jeweiligen wissenschaftlichen Kulturen ist hier gleichsam empirisch ermittelt worden; Ludvik Fleck ist mit seiner Provokation, dass das Wort „Fakten“ ein Aufhören des Denkens anzeige, gleichsam faktenreich, empirisch bestätigt worden. In welch seltsamen Schleifen der Rückbezüglichkeit man sich da bewegt! Das Heilmittel gegen die Rasanz der Paradoxien heißt, sich in mehreren verschiedenen Wissenskulturen zu bewegen, um so wenigstens zu bemerken, dass man just die Bretter vor dem Kopf hat, die einem die Welt bedeuten.

Ich gehe deshalb einen weiteren Schritt in eine noch ganz andere Wissenskultur, in die der Konversationsanalyse, jener qualitativen Forschungsrichtung, die sich zum Ziel gesetzt hat, Konversationen, also menschliche Gespräche an den verschiedensten Orten zu untersuchen. Einer dieser Orte ist natürlich auch die Psychotherapie, denn gleichgültig in welcher schulischen Ausrichtung sie ausgeübt wird, immer ist unser aller Hauptarbeitsinstrument – das Gespräch. Noch einmal erinnere ich, wie Flückiger et al. ihre Arbeit aus „Psychotherapy Research“ eingeleitet haben:

„Psychotherapy uses innate human interpersonal skills such as language and other communications to change the mental representations of the individual as well as his or her interpersonal behaviors, cognitions, emotions and needs“ (S. 1)

Nun, es klingt als wäre **Anssi Peräkylä** da genau der gleichen Meinung. Dieser Autor lebt in Helsinki, ist ausgebildeter Sozialwissenschaftler mit langer Expertise in der Konversationsanalyse und zugleich ausgebildeter Psychoanalytiker, der seine Arbeiten teils auch im „International Journal of Psychoanalysis“ publiziert hat. In seinem Handbuch-Artikel lese ich:

„Talking is indeed the key activity in all psychotherapies. It is often the only activity taking place in therapy sessions; and even in psychotherapies where other activities such as painting, playing or drama are involved. Conversation Analysis, as the study of talk-in-interaction, should therefore have much to say about psychotherapy“ (S. 551)

Das stimmt doch, nicht? Selbst in der Musiktherapie, in der Maltherapie, selbst in der Verhaltenstherapie – es wird gesprochen! Dass Psychotherapie eine „talking cure“ ist, ist der Psychoanalyse von einer ihrer ersten Patientinnen, der berühmten Anna O., in die Wiege gelegt worden. Sprechen, das meint jene „interpersonal skills such as language and other communications“, von denen Flückiger sprach. Ich meine, es wird die Aufgabe der Zukunft sein, die Wirkungen der Psychotherapie nicht von den eingesetzten Medien (Mal- und Zeichenbrett oder Musikinstrument), nicht von verwendeter „Technologie“ (systematische Desensibilisierung, Fingerbewegungen des EMDR) und auch nicht von „Frequenzen“ (Wieviele Stunden in der Woche oder im Monat?) abhängig zu machen. Sondern geduldig zu untersuchen, *was* da von den angeborenen menschlichen, von den symbolischen Geschicklichkeiten, von Sprechen und Hören, kompetent zum Zuge kommt. V.a. wird wichtig werden, *wie* es zum Zuge kommt, um jenes „confident commitment“ zustande zu bringen, welches das A und O der Behandlungen ist. Würden wir endlich beginnen, die „talking cure“ zu untersuchen, dann könnten die technologischen Mythen selbst Gegenstand der Analyse werden, wir hätten Hoffnung zu sehen, dass wir uns mit diesen Konkurrenzstreitigkeiten – wirkt diese oder jene „Intervention“? - vielleicht Jahre des unnötigen Unfriedens eingehandelt haben, die durch Gespräch *und* dessen Analyse aufgelöst werden könnten. Ich meine, man könnte dann vielleicht anfangen, wieder etwas voneinander zu lernen und müsste Konkurrenten nicht publizistisch verschweigen, in Unkenntnis ignorieren oder wechselseitig verteufeln. Der Lernbedarf ist doch groß auf allen Seiten! Sowohl bei denen, die von der Lerntheorie herkommen wie bei denen, die sie ablehnen.