

Kächele H (2007) Klinische Überzeugung oder empirische Belege? Kliniker und Forscher im DIALOG. In Taubner et al (Hrg.) *Psychoanalyse am DIALOG. Festschrift Prof. Ellen Reinke, Bremen, S. 189-202*

Klinische Überzeugung oder empirische Belege? Kliniker und Forscher im DIALOG

Horst Kächele

Teilnehmer und Kulisse: Wie schon oft zu früheren Gelegenheiten treffen sich zwei forschungs-affine Psychotherapeuten; einer ist ein universitär verankerter Psychoanalytiker, Mitglied einer deutschen psychoanalytischen Fachgesellschaft; der andere ist ein in den USA arbeitender psychodynamischer Therapieforscher bei einem internationalen Psychotherapie-Kongreß in Berlin. Ihre Namen sind Heiner und Frieder. Frieder, dessen Eltern aus Nazideutschland rechtzeitig flüchten konnten, lebt im Mittleren Westen der Vereinigten Staaten; Heiner arbeitet in einer Universitätsstadt im Süden Deutschlands. Sie treffen sich, unterhalten sich, und trennen sich wieder, bis zu ihrer nächsten Gelegenheit sich zu treffen und reden.

[Beide lachen und geben sich sehr vertraut die Hand]

Heiner: Halloo, halloo!

Frieder: *Guten Tag! Wir haben uns lange nicht gesehen.*

Heiner: In der Tat! Eigentlich bin ich überrascht, Dich zu sehen. Ich dachte, Du kommst nicht.

Frieder: Naja, ich war mir nicht sicher, ob ich es schaffen würde, aber dann...weißt Du, meine Großeltern kamen aus einem Dorf im Osten, in den neuen Bundesländern, wie es so euphemistisch bei Euch heißt - . Ich hatte das Gefühl, ich sollte meine Wurzeln aufsuchen, jetzt wo es möglich geworden ist.

Heiner: Ach so - aus sentimentalen Gründen. Hmm, warum nicht!

Frieder: Ja ein bißchen. Ziemlich viel hat sich verändert hier. [lachend] In der New York Times habe ich über die diesjährige Berliner Love Parade gelesen. Es muß ein sehr beeindruckendes Ereignis gewesen sein, und gleichzeitig sehr kontrovers bewertet bei Euch?

Heiner: Ein Berliner Love Parade? Sind das die neuen Berlin Liebhaber oder was? Nein, ich sehe nur, dass seit der Wiedervereinigung Berlin zu einer Riesenbaustelle geworden ist.

Frieder: na wenn schon, also, take it easy.

Heiner: [mit einem kleinen Lächeln im Gesicht] Als Psychoanalytiker ist Berlin für mich die Stadt, die das erste psychoanalytische Institut mit einer formal organisierten Ausbildung gründete.

Frieder: Ah ja. Ich denke, die Deutschen haben immer ein besonderes Talent für alle Formen der Organisation gehabt. Sie haben nur ein Problem mal eine richtige Revolution durch zu ziehen, und auch einmal richtig laut zu werden - aber wir sollten uns wahrscheinlich nicht allzuviel in großen Fragen der Politik verwickeln.

Heiner: Es gibt ja genug Politik in unserer eigenen Branche, zur Zeit.

Frieder: Willst Du mir nicht mehr über dieses Institut erzählen?.

Heiner: Oh, wenn Du möchtest, gerne. Als Therapieforscher interessierst Du dich sicherlich dafür, dass sie sehr früh angefangen haben, sagen wir mal, *evaluative* Forschung zu betreiben. Aber es wundert mich immer noch warum diese Leute und die anderen im Berliner Institut keinen größeren Einfluss auf die psychoanalytische Bewegung mit ihrem umfangreichen, systematischen Bericht über

das störungs-spezifische Ergebnis psychoanalytischer Behandlungen gehabt haben.

Frieder: Hey, warte mal, warte. Über was redest du? Ich habe von diesem Bericht nie was gehört.

Heiner: [etwas provokativ] Ich *erwarte* von Dir wirklich nicht, dass Du alle alte Sachen aus unserem Berufsfeld liest.

Frieder: Ha, ha.

Heiner: Macht nichts. Es scheint aber, dass Du nicht mal unsere Bibel richtig studiert hast, Du weißt doch, Bergin und Garfields *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Ich meine, hast Du die Evaluation der klinischen Arbeit des Berliner Instituts der Psychoanalyse von 1920 bis 1930 nicht gesehen, die in der ersten Ausgabe dieses Handbuches erwähnt wird?

Frieder: Ist wohl schon lange her, ist mir wohl entgangen - ich habe genug zu tun, den aktuellen Stand der Forschung zu verfolgen; du liest doch auch Psychotherapy Research oder die Archives?

Heiner: Klar, aber manchmal lohnt es sich, sich daran zu erinnern, dass Kliniker wie Fenichel, Rado, und Müller-Braunschweig ihre eigene Art hatten, zu beschreiben, was sie gemacht haben. Sie betrachteten die systematische Berichterstattung als einen notwendigen Teil ihrer klinischen Arbeit. Und das, das scheint in unserer Zeit verloren gegangen zu sein.

Frieder: Hmm. Aber vermutlich war das doch damals bloße Buchhaltung, bloß Zählen ohne viel Statistik!

Heiner: Jetzt bist du unfair. Wir reden über die 1920er und 1930er Jahre; nicht-parametrische Statistik war übrigens überhaupt noch nicht erfunden worden.

Frieder: OK, ich vermute Du willst, dass ich endlich anerkenne, dass das Berliner Institut und seine Mitglieder eine wichtige Rolle in der psychoanalytischen Therapie-Forschung gespielt haben!

Heiner: Genau. In einer Hinsicht, sie waren wichtige historische Figuren. Und später nach dem Krieg - ich vermute, Du weißt das

auch nicht – der lokale Held, Schultz-Hencke, wollte einige von Freuds metapsychologischen Konstrukte ersetzen...

Frieder: [unterbrechend] wirklich, ich habe noch nie von ihm gehört.

Heiner: Harald Schultz-Hencke wurde nach dem Krieg aus der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung für seine damals politisch inkorrekten Äußerungen ausgeschlossen. Für uns bedeutend bleibt aber, dass er eine lokale Krankenkasse überzeugen konnte, eine Psychotherapeutische Ambulanz einzurichten und seine tüchtige Mitarbeiterin, Annemarie Dührssen, führte später Deutschlands erste kontrollierte Feldstudie über den Erfolg psychoanalytisch orientierter Psychotherapien durch.

Frieder: Also von der Studie habe ich schon mal was gehört; so weit ich mich erinnern kann, zeigte sie einen großen Effekt von Psychotherapie auf Hospitalisierungstage und Fehltage bei der Arbeit. Und hat sie was bewirkt?

Heiner: Ja, in der Tat. Sie hat wesentlich zur Entscheidung von 1967 geführt.

Frieder: welcher Entscheidung?

Heiner: Nun ja, die Kostenübernahme für Psychotherapie durch die Kassen - ein Jahrhundertereignis; nur es brauchte mehr als eine Therapiestudie, um auf nationaler Basis die Abrechnung von Psychotherapie zu implementieren.

Frieder: Was meinst Du mit dieser Andeutung?

Heiner: Ich glaube, wir müssen über die Rolle von klinischen Experten in diesem Prozess der gesellschaftlichen Anerkennung reden. Eine Schwalbe macht noch keinen Sommer; viele formelle und informelle Begegnungen zwischen engagierten Psychotherapeuten und Vertretern von gesellschaftlichen Institutionen waren nötig, um das zu entwickeln, was heute „Richtlinienpsychotherapie“ genannt wird.

Frieder: Richtlinien, Befehlslinien, linientreu --- ist das der semantische Hinterhof von Eurer Errungenschaft?

Heiner: ach komm', wir mögen zwar preußisch sein – selbst bei uns im Schwabenland -, aber deshalb sind wir noch lange keine gottergebenen Befehlsempfänger – nein, Richtlinien sind allerdings verbindliche Leitlinien, wenn es um die Bezahlung von Kassenleistungen geht, mehr nicht....

Frieder: Dein Wort in Gottes Ohr!

Heiner: Diese Richtlinien für die Ausführung von tiefenpsychologischen und analytischen Psychotherapien stützten sich weniger auf formelle Forschungsbelege, sondern vielmehr auf eine Übereinstimmung bezüglich der gesellschaftlichen Relevanz von Psychotherapie, die durch wissenschaftlich führende und zugleich berufspolitisch engagierte Psychoanalytiker erreicht wurde.

Frieder: Gibt es diese Mischung heute auch noch?

Heiner: Ich fürchte ‚nein‘. Diese Generation kam 1964 zu der Überzeugung, dass im Nachkriegsdeutschland die Wiedereinrichtung der Psychoanalyse die Unterstützung der Deutschen Forschungsgesellschaft benötigen würde. Und schau an, sie bekamen Unterstützung für die Ausbildungsanalysen für einige Jahre - ich selber war noch ab 1970 einer der Nutznießer.

Frieder: Machst du einen Witz? Genau so wie der Prof. Reshetnikov aus St. Petersburg den Präsident Jelzin für die offizielle Wiedereinrichtung der Psychoanalyse in Rußland in 1996 gewinnen konnte.

Heiner: Njet, kein Witz. Es ist wirklich wahr, dass heute in Rußland eine gute Chance besteht, ein ähnliches Phänomen zu erleben, wahrscheinlich aus anderen Gründen, das in Deutschland nach der Nazizeit passierte. Kliniker machen Politik, warten nicht auf Forschungsergebnisse, sondern überzeugen und debattieren mit Politikern und anderen Vertretern der Öffentlichkeit.

Frieder: Also, in einer Hinsicht beantwortete die Frage ‚wer zahlt wieviel für welche Behandlung?‘ In diesem Sinn reden wir über ein interessantes ethisches Thema: Wie die Übereinstimmung bezüglich der Verteilung medizinischer Ressourcen in der Gesellschaft erreicht werden sollte.

Heiner: Ethisch, wieso ethisch, was hat das mit Ethik zu tun!

Frieder: *Es ist pure praxis-relevante Ethik: nochmals 'wer kriegt wann wie viel von was durch wen und warum'. Nennt man auch Ressourcen-Allokation.*

Heiner: Hm! Das, was in Westdeutschland jedenfalls passiert ist, war folgendes: eine Gruppe von gesundheitspolitisch aktiven Psychoanalytikern konnte eine finanziell gut gestützte Dienstleistung initiieren. Ich nenne es das "1-300-gebührenfrei-System".

Frieder: *Was ist das denn, klingt ja interessant. Könntest du mir dieses "1-300"-System erklären?*

Heiner: Also, was du tun musst, ist: Lege Dir eine medizinisch schwer fassbare Störung zu, die gleichzeitig eine gewisse Hartnäckigkeit zeigt; das geht leider immer noch nicht, ohne dass Du vorher eine Vielzahl von unnötigen Arztbesuchen und diagnostischen Untersuchungen passieren musst. Nach frustrierenden Mühen mit viel Aufwand irgendeine somatische Erklärung für Deine Beschwerden zu finden, wird einer der Ärzte Dich hoffentlich an einen lizenzierten Psychotherapeuten verweisen - entweder an einen Facharzt für psychotherapeutische Medizin oder – was seit zehn Jahren auch möglich ist, einen psychologischen Psychotherapeuten.

Frieder: *Und es klappt bei Euch, in Eurem System?*

Heiner: Ja sicher, nicht immer, aber doch schon öfters als früher. Der Psychotherapeut wird Dir vermutlich eine erste Dosis von 1-6 Sitzungen anbieten - oder – falls er Dich schätzt - sogar gleich eine Kurztherapie von 25 Sitzungen, das reicht dann schon fast ein Jahr mit all den Urlaubstagen dazwischen. Wenn es bei Euch gefunkt haben sollte, dann wächst die Wahrscheinlichkeit, dass er oder sie Dich vielleicht zu einer "peer review"-basierten Langzeittherapie überreden, die zwischen 50 bis 300 Sitzungen dauern kann - natürlich gebührenfrei.

Frieder: *was für ein System, unglaublich, free of charge, I don't believe it.....*

Heiner: Nicht ganz gebührenfrei, schließlich zahlt man lebenslang seine Krankenkassenbeiträge.

Frieder: Du meinst, dieses versicherungsbasierte Versorgungssystem wurde etabliert, ohne dass die Kassen in den nachfolgenden Jahren nach weiterer Forschung über Ergebnisse verlangt haben ?

Heiner: Jetzt hast du es. Außer dem guten Anfang mit Dührssen gab es dann bei uns für viele Jahre sehr wenig systematische Forschung über Effizienz oder Wirksamkeit. Zu "alten Zeiten" hat die Öffentlichkeit die Therapeuten als Experten betrachtet, die formelle Forschung nicht nötig hatten. Es gab keine sogenannte „evidence-based medicine“ wie sie heute in aller Munde ist.

Frieder: Also Eure Frau Dührssen verdient Anerkennung für ihre Forschung der frühen Jahre. Sind wir jetzt besser daran mit unserer heutigen Forschung? Heute sollten wir doch "evidence based psychotherapy" praktizieren!

Heiner: Du bist viel zu schnell - "evidence based practice" sagt sich leicht und ist doch schwer zu realisieren.

Frieder: - Ich weiß. Denn das ist sicherlich mehr als die bloße Anwendung von Techniken mit belegter Wirksamkeit in experimentellen Settings. Es hat auch mit den Interdependenzen des Forschungsstandes und dessen Konsequenzen für die Praxis zu tun. Die EBM-Philosophie soll eine Nüchternheit bewirken im Hinblick darauf, was wir wissen und was wir nicht wissen –

Heiner: In der Tat, so sollte EBM verstanden werden, aber praktisch reduziert sich das Ganze auf eine Liste „empirically validated treatments“, die von Eurer Psychologen Vereinigung gepuscht wird.

Frieder: Na ja, ganz so heiß wird diese Chose nicht mehr gegessen; heute sprechen deren Verfechter nur noch von ‚empirically supported treatments‘ - klingt doch schon vernünftiger.

Heiner: Ja, in der Tat. Verbesserungen im Versorgungssystem resultieren nicht automatisch daraus, dass wir sklavisch experimentell geprüften Behandlungen folgen, findest du nicht?

Frieder: Gewiß nicht – unser Anliegen muß sein, die Frage nach der ökologischen Validität der geprüften ‚treatments‘ aufzuwerfen.

Heiner: Einverstanden. Aber lass uns zur Verankerung der deutschen Psychotherapie im Kassensystem zurückkehren. Die Ereignisse, von denen wir vorher sprachen, waren wirkliche Meilensteine für den Bereich, und diese Steine wurden von einer professionellen psychoanalytischen Gemeinschaft zu einer Zeit getragen, als die Verhaltenstherapie noch in den Windeln an einigen der deutschen Abteilungen für klinische Psychologie lag. Zu dieser Zeit hat die Forderung nach wissenschaftlicher Glaubwürdigkeit natürlich auch klinische Expertise und Weisheit eingeschlossen.

Frieder: Von einem New Yorker Psychoanalytiker habe ich mal gehört, Alexander Mitscherlich habe mehr als eine ganze Armee für die Anerkennung von psychoanalytischem Denken, nicht nur in psychosomatischer Medizin, aber auch in vielen anderen Lebensbereichen der deutschen „vaterlosen“, Nachkriegsgesellschaft erreicht.

[Beide schweigen eine kurze Zeit lang. Plötzlich fängt Frieder an, zu lachen]

Frieder: Ha, ich hab‘ gerade eine schöne Idee: Du könntest Annemarie und Alexander auf einem der geräumten Sockel in Berlin-Mitte setzen, wo Marx und Engels runterkommen mußten.

Heiner: Eine schöne Idee, die werde ich weitergeben.

Frieder: Im Ernst, willst du sagen, dass wir klinische Expertise aus unserem wissenschaftlichen Diskurs ausgeschlossen haben?

Heiner: Vielleicht will ich das sagen. Wenn du, zum Beispiel, die 5. Ausgabe des Bergin & Garfield Handbuchs genau durchschaust, findest du „klinische Expertise“ als eine sehr relevante Therapeutenvariable genannt. Aber *klinische Erfahrung* wird nicht als ein geschätztes Forschungsinstrument betrachtet. Hmm... du findest kein Kapitel über dieses Thema. Dabei hat schon Paul Meehl in den späten 50er Jahren klar gemacht, dass klinische Vorhersage nicht ohne beträchtliche Verluste durch statistische Vorhersage ersetzt werden kann.

Frieder: Meinst du damit, dass formalisierte Forschung über Psychotherapie unsere Perspektive eingeengt hat?

Heiner: Sie hat sicherlich unsere Visionen eingeengt. Wir behaupten nicht mehr, Psychotherapie sei etwas Gutes für die meisten Menschen.

Frieder: Da bin ich allerdings nur erleichtert, dass diese Last von unseren Schultern genommen worden ist! Dass wir nicht mehr die Retter der Gesellschaft sind, wie viele in den späten 60er Jahren zu sein glaubten?

Heiner: Hmm? So weit so gut. Zum Beispiel gibt es eine beträchtliche Kluft zwischen der Überzeugung vieler Therapeuten, dass viele Patienten eine längere Psychotherapie brauchen, und doch besteht ein eklatanter Mangel an systematischer Forschung über Langzeittherapie.

Frieder: Langzeittherapie – was heißt das, mehr als fünf Sitzungen, oder was? Bei uns ist durch die Einführung der Managed Care Systeme die Dauer von bezahlter Psychotherapie dramatisch reduziert worden.

Heiner: Jetzt erinnere dich mal an die gute alte Zeit auch in den USA, wo man dieses Un-Wort nicht kannte; selbst unser gemeinsamer Freund Ken Howard aus Chicago war der Ansicht, dass manche seiner Patienten längerfristige Therapien benötigten.

Frieder: Schon recht – ich habe natürlich Seligmans begeisterte Kommentierung der Consumer Reports Studie und das Echo in der scientific community bei uns studiert. Das veranlasste, Ken zu der spöttischen Bemerkung, dass in unserem Berufsfeld etwas nicht stimmen kann, wenn die professionellen Psychotherapieforscher überkritisch sind, während Außenstehende wie Martin Seligman die Wirkungen der Psychotherapie lobpreisen.

Heiner: In der Tat, das war sehr überraschend, da Seligman noch 1994 ein Buch publizierte, das Du emphatisch besprochen hast; welcher ein schöner Titel: *What you can change and what you can't*. In diesem Buch beschränkte er seine Weisheit auf die Ergebnisse von randomisierten kontrollierten Studien. Und dann hat er sich

innerhalb eines Jahres von Saulus in Paulus verwandelt. Er schrieb im politisch einflußreichen American Psychologist, dass für die Validierung der Psychotherapie, wie täglich praktiziert, die experimentelle Wirksamkeitsstudie die falsche Methode sei, weil sie zu viele praktisch relevante Elemente auslasse.....

Frieder: Damit attackierte Seligman überraschend den Goldstandard aller Forschungs-Psychiater und -Psychologen – die randomisierte kontrollierte Untersuchung, und warum? Man muss dazu wissen, dass er für das Amt des APA-Präsidenten kandidierte, und brauchte die Stimmen der Praktiker.

Heiner: Also science and policy are good bed-fellows! - es war ein wahres Plädoyer für verschiedene Arten von therapeutischem Gold. Auf jeden Fall reden wir über subtile Veränderungen in der Gesellschaft und in der Psychotherapie-Forschergemeinschaft. In meiner psychoanalytischen Ausbildung lernte ich sehr wohl, dass erfahrene Therapeutinnen und Therapeuten - also die gestandenen Praktiker - bei der Evaluation von Forschungsbefunden mitreden sollten und man ihre Kenntnisse für die praktische Anwendung hoch schätzen sollte.

Frieder: Also, nichts gegen Praktiker - diese Gruppe hatte sogar unser verstorbener Freund Klaus Grawe entdeckt; er ließ in seinem letzten Buch, das auf englisch zu lesen mir seine Bekanntschaft verschaffte, auch eine Praktikerin im Dialog mit einem Theoretiker und einem Therapieforscher zu Wort kommen.

Heiner: Zum Beispiel, nimm die Ergebnisse der bei Euch vielfach zitierten Depressions-Studie des National-Institute-of-Mental-Health, in der eine geplante Dosis von 16 Sitzungen nur selten realisiert wurde – kein Wunder, dass dann bei der Dosis von durchschnittlich 12 Sitzungen - zynisch gesagt - eine hohe Rückfallquote erreicht wurde.

Frieder: Damit kritisierst Du die Überschätzungen der formellen Forschungsergebnisse? Du meinst, experimentelle Therapieforschung schafft Artefakte?

Heiner: Ja natürlich, wir laufen möglicherweise Gefahr, den Vorgang der Wissensproduktion auf Laborbedingungen zu beschränken. Und wenn dann noch experimentelle Datensätze meta-analytisch aggregiert werden, dann weiß wirklich kein Mensch was, was Sache ist.

Frieder: *„Hoch lebe die Metaanalyse“ – "an exercise in megasilliness", sagte Eysenck! Aber, hmm? Ich meine, Metaanalysen haben sicherlich einen starken Einfluß auf die Therapieforschung gewonnen, besonders weil die meisten, die deren Ergebnisse in die Welt posaunen, nichts davon verstanden haben. So neigen viele Amateur-Therapieforscher dazu, die Objektivität dieser Strategie zu überschätzen. Soziologen sind nicht längst so scharf auf Sekundär-Analysen. Für sie sind Metaanalysen bloß ein Instrument unter anderen.*

Heiner: Was folgt daraus? Keine Fetischisierung betreiben oder?

Frieder: *Ja sicher, kritisch bleiben, wir sollten uns ihrer Grenzen bewußt sein. Ich teile die von den Briten Roth und Fonagy überzeugend dokumentierte Sicht, klinisch relevante, methodologisch adäquate, und richtig durchgeführte Studien durchzuführen. So wie Eure bundesweite Studie zu Dosis-Wirkung Beziehungen bei der Therapie von Essstörungen.*

Heiner: Danke für die Blumen. Und was hat es mit der Effektstärke auf sich, von der jetzt so oft die Rede ist [lachend]

Frieder: *[ironisch] Ja, die Effektstärke – welch ein Wort, welch ein Zauberwort. [jetzt ernster] Nein, wir sollten stattdessen tiefer auf grundlegende Fragen eingehen.*

Heiner: Und das wären?

Frieder: *Hmm, vielleicht? Metaanalysen sind gut für diese Art von Pferderennen-Forschung: „Ist, sagen wir mal, eine Angststörung, besser mit Behandlung A, B, oder C, oder vielleicht eine gleichzeitige oder zeitlich versetzte Kombination von B und C?“, Nur behandeln Therapeuten nicht Störungen, sondern Menschen. Mir scheint es, wir reden zu viel über Methodologie und Statistik*

und zu wenig über Psychotherapie, und wie ihre Wirkung konzeptualisiert sein sollte.

Heiner: Du meinst, wir wissen immer zu wenig um Psychotherapie wirklich zu verstehen?

Frieder: Genau! Unsere Köpfe sind hauptsächlich mit sehr einfachen linearen Modellen beschäftigt, wie „weniger von jenem verursacht mehr von dem“. Aber wir haben noch keine vernünftige Theorie, die die Komplexität psychotherapeutischer Veränderungsprozesse erfasst.

Heiner: Oh, ich habe eine Idee! Wir könnten die neuesten Ergebnisse der neurobiologischen Hirnforschung adaptieren, die eine viel synergistischere Perspektive nahelegen. In dieser Perspektive, dürfte Psychotherapie zu einer substantiell fassbaren, fast morphologisch zu nennenden, Veränderung der inneren Repräsentationen der generalisierten wichtigen sozialen Interaktionen führen,

Frieder: Das wäre doch fein, endlich würde Psychotherapie sichtbar, fassbar, ich bin mir sicher, Alt-Vater Freud würde sich vor Freude im Grabe rumdrehen.

Heiner: Bestimmt, dazu noch die neuen Chaostheorien und wir sind fein raus - Du musst nicht mit einer dieser Theorien einverstanden sein. Ich wollte Dir nur ein Beispiel von einer Theorie geben, die nützlich sein könnte, um die dynamischen Prozesse der psychotherapeutischen Veränderung zu modellieren.

Frieder: Es stimmt, die Chaos-Theorie ist publizistisch erfolgreich in vielen anderen Bereichen angewandt worden. Vielleicht wird es in unserem Bereich auch nützlich sein, aber zur Zeit sind wir erst ganz am Anfang. Aber meiner Meinung nach sollten wir weder in ein Schwarz-Weiß-Muster zwischen einer theoretischen und methodologischen Orientierung noch zwischen verschiedene Forschungsstrategien fallen.

Heiner: Hm, vielleicht hast Du mich missverstanden. Um es klar zu machen, ich sehe auch kein Schwarz-Weiß-Muster. Für mich besteht kein Grund für eine Flucht aus systematischer klinischer Forschung

in einen statistischen Pragmatismus, der verkomplizierende Faktoren wie Komorbidität und gerne mißachtet.

Frieder: Einverstanden, es gibt Fragen, die nur durch systematisch-klinische Forschung geklärt werden können, und solche, die nur auf methodologisch gut geplanten Designs und elaborierten statistischen Ansätzen basieren – allerdings Empirie, die nur auf unsystematische klinische Erfahrung baut, wird scheitern.

Heiner: Ich glaube, dass in der Psychoanalyse viele Fragen bestehen, die nur in natürlichen Settings anzugehen sind.

Frieder: Kannst du mir ein Beispiel geben?

Heiner: Klar! Das psychoanalytische Konzept der freien Assoziation ist eines. Es ist in einigen empirischen Studien untersucht worden; aber keine dieser Studien konnten die Rolle des freien Assoziierens als klinische Technik klären, weil sie Analog-Studien mit geringer externer Validität für die klinische Situation waren. Von unseren experimentellen Studien weiß ich wie schwierig es ist, den therapeutischen Dialog und seinen Elementen der freien Assoziation methodisch sauber zu erfassen.

Frieder: Ich akzeptiere, wir brauchen viel mehr von der Art von Forschung, die versucht, die klinische Alltagsrealität so gut wie möglich zu untersuchen. Und wir brauchen verschiedene Arten von Forschung für unterschiedliche Zwecke.

Heiner: Also sind wir uns in diesem entscheidenden Punkt einig. Könnte es sein, dass wir klinische Expertise brauchen, um diese Bereiche zu abzudecken, die schwierig sind, mit experimentellen Verfahren zu untersuchen?

Frieder: Immerhin ist eine ganze Menge in der Medizin nicht "evidence based". Zum Beispiel gründen die meisten chirurgischen Techniken auf der Expertise von talentierten Chirurgen. Auf der Basis von den persönlichen Fertigkeiten von vielen anderen Chirurgen sind sie modifiziert worden, und so, Schritt für Schritt, haben sie sich in der tagtäglichen Praxis bewährt. In der Medizin besteht eine lange Tradition von handlungs- und erfahrungsbasierten Entscheidungen.

Heiner: Aber ist das wünschenswert? Ich hasse es, unter das Messer zu kommen nur auf der Basis der Meinung von einem Arzt!

Frieder: Wünschenswert oder nicht, es ist einfach eine Tatsache. Und eine andere Tatsache ist: vernünftige, aufgeklärte Patienten konsultieren einen zweiten oder sogar einen dritten Chirurgen, bevor sie sich entscheiden.

Heiner: Das scheint sehr weise!... Übrigens, Ich erinnere mich an einen jungen Patienten, den ich im Krankenhaus kennengelernt habe. Er litt an einer akuten myeloproliferativen Leukämie. Ein paar Jahre nach einer Knochenmarkverpflanzung an einer der berühmtesten und erfolgreichsten Transplantationsszentren, fingen seine Blutzellen wieder an, sich zu vermehren. Weil er einige Komplikationen entwickelt hatte, lehnten seine Ärzte seine Bitte um eine neue Verpflanzung ab, trotz der Tatsache, dass ein Spender zur Verfügung stand. Er ging zu einer zweiten - statistisch weniger erfolgreichen - hämatologischen Abteilung, die für ihre hohen klinischen Ansprüche und erfolgreiche Verpflanzungen sogar in sehr schweren Fällen bekannt war. Es ist immer weise, eine Zweitmeinung zu erhalten. Während der erste Arzt dich wegen vielleicht fragwürdigen Gruppenstatistiken nicht behandelt, könnte der nächste deine persönliche Situation genauer anschauen und dich behandeln, trotz des Risikos zu versagen. Keine leichte Entscheidung!

Frieder: Das ist es, unser Thema von heute: empirische Belege versus klinische Expertise.

Heiner: Ha, ha! Laß uns zu unseren „Transplantationen“ zurückzukehren... Glaubst du, es ist möglich, das Modell des randomisierten kontrollierten Versuchs bei Langzeitbehandlungen mit hunderten von Sitzungen anzuwenden?

Frieder: Tatsache ist, dass wir nicht genug über den natürlichen Verlauf solcher Störungen, die Psychoanalytiker glauben, hochfrequent behandeln zu müssen, wissen? Na ja, ich würde nicht lange warten, wenn ich in einer Therapiestudie als Patient auf die Warteliste gesetzt würde. Rolf Sandell von Stockholm berichtete von einem verwirrenden Befund. In seiner Studie über

Langzeitbehandlungen, suchten die Patienten auf der Warteliste aktiver die gewünschte Behandlung, während sie warteten, als die Patienten in der experimentellen Gruppe. Studien zu Langzeittherapie zeigen manchmal wirklich starke Befunde !

Heiner: Du meinst, die Ungeduld der Patienten zerstört das wunderbare, kontrollierte randomisierte Design? Also was würdest Du vorschlagen? Was hältst du von den Einzelfallstudien, von denen die Psychoanalytiker so gerne sprechen?

Frieder: Ich fürchte, dass von Euch hochgeschätzten Einzelfallstudien nicht viel Wirkung auf unsere Regierung oder unsere wissenschaftlichen Gegner haben - sie sind ein Geschenk für unsere Herzen, sie sind bestenfalls ein "high noon event" der psychoanalytischen wissenschaftlichen Kultur.

Heiner: Also sind wir zurück bei Freud! Ich meine, das war eine seiner Kernideen.

Frieder: Aber Du weißt doch selbst, Freud erwähnte auch, dass er „viele tief analysierte Fälle brauche“ – im Kontext der Rekonstruktion der infantilen Neurose des Wolfmannes – um seine ätiologische These einer sexualen Verführung zu belegen.

Heiner: Also sollen wir eine systematische Dokumentation aller Psychoanalysen, weltweit fordern – wäre das nicht ein lohnenswerter Traum?

Frieder: Für mich als Therapieforscher sicher; nur ich vermute, für die Mehrzahl Deiner Kollegen wäre es ein Alptraum.

Heiner: Eurotransplant hat für Transplantationen die Basis geschaffen, um die Integration von Einzelbefunden zu erreichen, um Verbesserungen der Behandlung zu erreichen. Unser Dekan, ein Kinder-Hämatologie, hat kürzlich erklärt, dass genau dieses nur den unglaublichen Fortschritt bei der Behandlung kindlicher Leukämien ermöglicht hat.

Frieder: Stell Dir mal vor: Psychoanalysis WorldWide e.V. eine UN-Organisation zur Integration von psychoanalytischen Einzelbefunden – da könnte ich gleich zu träumen beginnen.

Heiner: Vielleicht nicht undenkbar. Das Freudsche Unternehmen stand immer für mehr als bloße Symptomlinderung mit kurzer Katamnesezeit. Und zur Zeit scheint es eine kleine "Krise" in der Hochschätzung der Wirkung von Kurzzeittherapien zu geben. Manche Protagonisten - ich denke an George Silberschatz aus San Francisco - der war wirklich schockiert von der Kurzlebigkeit seiner zunächst beeindruckenden Ergebnisse.

Frieder: Vielleicht wäre das eine Chance, den Niedergang der Psychoanalyse in den USA als medizinisches Versorgungsangebot umzukehren.

Heiner: Auch in Deutschland zeigt sich, dass publikumswirksam veröffentlichte Forschungsergebnisse zunehmend Wirkung in der Öffentlichkeit zeigen.

Frieder: Du meinst, eine kluge Selektion der Studien, eine zweckmäßige Interpretation, und eine Übersetzung für die Öffentlichkeit, besonders für Politiker, sei angebracht?

Heiner: Genau!

Frieder: Übrigens, wie du selber weißt, die klinische Signifikanz der Unterschiede in Effektstärken zwischen verschiedenen experimentellen Behandlungen, die von Metaanalysen berichtet werden, sollten noch durch Phase-IV-Studien bestätigt werden.

Heiner: Du meinst damit die von Arzneimittel-Studien bekannten Anwendungsbeobachtungen?

Frieder: genau

Heiner: Das kann ich nur unterschreiben. Und wir sollten es aggressiv fordern! Dort erst – im Felde der Anwendung durch Praktiker zeigt sich die klinische Bedeutung? Mir scheint es, wir brauchen eine andauernde Diskussion unter uns über die klinischen und forschungsbezogenen Sichtweisen. Meta-analytische Befunde, die gegen meine klinische Erfahrung sprechen, durchlaufen bei mir einen härteren subjektiven Ausleseprozeß, bevor ich sie assimilieren kann.

Frieder: Du weißt schon, dass du nun in Gefahr bist, in recht konservativen Bahnen zu bleiben?

Heiner: Ja, zumindest im Prinzip.

Frieder: Vielleicht sollte auch ich darüber mal nachdenken, wenn ich wieder zuhause bin? Was wohl meine Forscher-Kollegen dazu sagen würden Hmm?

Heiner: Klinische Arbeit eröffnet mir ständig neue Perspektiven, und diese klinischen Befunde haben auf mich persönlich eine große Wirkung. Jeder meiner Patienten hat einen Eindruck auf mich hinterlassen und formt meinen kognitiv-emotionalen „personal space“, mit dem ich arbeite. Ich habe dir schon öfters Bowlby's wunderbare Aussage zum Verhältnis von Kliniker und Forschung nahe zu bringen versucht!

Frieder: Du weißt, ich arbeite auch, wenn auch nicht viel, als Kliniker. Noch scheint es mir, dass formelle Forschungsergebnisse meinen Spielraum erweitern. In der klinischen Situation finde ich mich zu oft verloren im Dschungel von sogenannten Sicherheiten, die mir nicht viel mehr Trost als „Singen in der dunklen Nacht“ anbieten. Dagegen hält formelle Forschung das starke Versprechen bereit, die gegenwärtigen Einschränkungen der Alltagsroutinen zu bewältigen. Zu oft habe ich das Gefühl, auf einem suboptimalen Niveau zu praktizieren, und würde hoffen, von gut fundierten Beweisen unterstützt werden zu können.

Heiner: Ja, wir brauchen mehr reflektierte Erfahrung, wie diese Bereiche überbrückt werden können, mehr Austausch darüber, wie das zu schaffen ist. Das sollte doch uns als universitäre Kliniker und Forscher beschäftigen, meinst Du nicht. Sonst wird die Mehrzahl unserer ausschließlich klinisch tätigen Kollegen so uninteressiert an Forschungsergebnisse bleiben, wie sie allzuoft sind.

Frieder: Also, vielleicht müssen wir eine persönliche Kultur von der multiplen Identität entwickeln? Auch wenn es risikoreich erscheint, als Kliniker, als Forscher, und als Verwalter zu arbeiten. Andererseits, das könnte zu einer professionellen Identitätsdiffusion führen...

Heiner: [unterbrechend und lachend] Ha, ha, paß auf dein Achse-II-Diagnose auf!

Frieder: Mach dir keine Sorgen! Mit einem SKID II Interview kann ich das jederzeit überprüfen. Ich meine, wir werden unterschiedliche Möglichkeiten in den verschiedenen Rollen haben, und wir werden verschiedene Aufgaben erfüllen müssen.

Heiner: Für uns, als universitäre Therapeuten ist es allerdings nicht einfach; schon die Entscheidung einen Patienten zu sehen, bedeutet eine Stunde weniger Forschungsarbeit; also sollte unser Ziel sein, mehr Mittel durch gute, klinisch bedeutsame Forschung und verantwortliche Verwaltung aufzutreiben.

Frieder: Eine beträchtliche Anzahl von konflikthaftern Aufgaben.

Heiner: Nur Mut, mein Freund. Bis nächstes Mal also, am nächsten Ort. Auf Wiedersehen.

Frieder: Goodbye