

Diskussionsforum

Isabelle Meier

Manualisierung – ein Reizwort¹

Manuale rufen bei vielen Jungianerinnen und Jungianern eine skeptische Haltung hervor, für manche sind sie sogar ein Reizwort. Unsere Therapien und Analysen lassen sich in ihren Augen nicht manualisieren. Jungianische Psychotherapie verstehen wir als ein einzigartiges Zusammenspiel von Therapeut und Klient, das sich nicht in eine schematische Form pressen lässt. Wir wollen keine »Kochbücher« in der Psychotherapie, da die kostbare therapeutische Beziehung und die unbewussten Prozesse kaum in Manualen Eingang finden können. Die Reichhaltigkeit des analytischen Prozesses und die Komplexität der symbolischen Vorgänge würden dadurch verloren gehen. Denn eine Manualisierung hieße, das Maßgeschneiderte der jungianischen Psychologie aufzugeben und die Seele in ein Raster zu pressen. Das wollen wir nicht.

Ich bin mir bewusst, dass ich ein sehr kontroverses Thema aufgreife. Ich denke aber auch, dass wir dem Gegenstand gegenüber fair bleiben sollten, indem wir uns Klarheit darüber schaffen, was ein Manual eigentlich ausmacht, was unmöglich daran ist, was akzeptabel und wie die Psychoanalytiker damit umgehen. Es sind keine abschließenden Gedanken zu diesem Thema, sondern Gedanken, die eher zur Diskussion anregen möchten.

Beginnen wir mit den Gründen gegen eine Manualisierung von Therapien:

Der ehemalige Direktor der psychiatrischen Universitätsklinik Daniel Hell hat einmal an einer Tagung des C.G. Jung-Instituts zum Thema *Seele und Forschung* geklagt, dass die Seele in Psychologie und Psychiatrie verloren gegangen sei. Die biologische Psychiatrie mit Genetik und Neurowissenschaften schreite mit Riesenschritten voran, die Seele werde vermessen und in neuronalen Abläufen materialisiert. Mit Biomarkern versuche man psychische Störungen im Gehirn zu lokalisieren; sie sollen identifiziert werden, um psychiatrische Erkrankungen besser zu diagnostizieren. Dabei wisse man, dass sich der Sinn und die Seele erst im Erleben zeigen, und das könne nur subjektiv erfasst werden (Hell, 2006). Auch andere Forscher teilen diese Ansicht, so etwa Volker Tschuschke, wenn er argu-

¹ Überarbeiteter Vortrag an der infap3-Forschungskonferenz innerhalb der Dreiländertagung (D, CH, Oe) in Baden, 27.–30. August 2020 (Tagung abgesagt).

mentiert, die dem medizinischen Modell verpflichtete Evidenzbasierung (*evidence based medicine, EBM*) mit ihrem Paradigma randomisierter kontrollierter Studien (RCT) versuche, subjektive auf objektive Vorgänge zu reduzieren und vereinfache bzw. homogenisiere dazu sowohl Therapeut und Patient als auch gleich noch die Störung (Tschuschke & Freyberger, 2015).

Die Seele soll durch Manualisierung oder Forschung nicht verloren gehen, da bin ich der Meinung von Daniel Hell. Ich möchte auch darauf hinweisen, dass sich C.G. Jung vor 100 Jahren in einer ähnlichen Position wie wir heute befand und es damals vorzog, die Seele außerhalb des Wissenschaftsbetriebs des Burghölzlis zu erforschen als eine erfahrbare, erlebbare, aber nicht messbare und gleichzeitig für den Einzelnen sinnstiftende Wirklichkeit, während sein damaliger Vorgesetzter Eugen Bleuer für eine materialistische Auffassung des Seelischen eintrat. Bleuer verfocht die Position des deterministischen Monismus, der die Psyche nur als Produkt von Genen und objektivierbaren Umweltfaktoren betrachtete, ähnlich wie die Neurowissenschaft heutzutage (Hell, 2006).

Vielleicht kommt daher eine instinktive Ablehnung der modernen Psychotherapieforschung durch einige von uns. Wie Hell es so schön ausdrückt: Man kann »seelisches Erleben nicht erfassen, indem man es mit einer Hirnaktivität oder mit anderen materiellen Vorgängen gleichsetzt. Eine Person, die sich auf ihr Erleben konzentriert, erfährt sich aus einer anderen Perspektive als eine Person, die elektrische Hirnvorgänge – und seien es die eigenen – auf einem Monitor beobachtet« (Hell, 2006, S. 6). Die Seele lässt sich nicht mit einer Bedienungsanleitung verstehen!

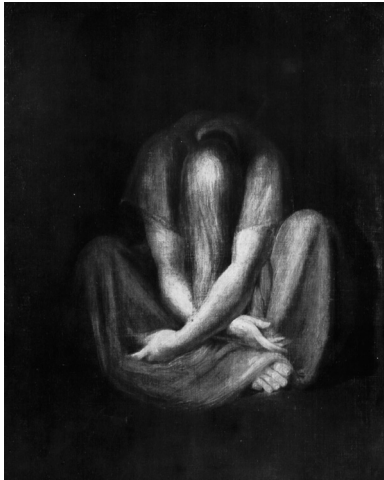
Es gibt weitere Gründe, die gegen eine Manualisierung sprechen. Wie soll man zum Beispiel die Komplexität eines Krankheitsbildes wie etwa der Depression über ein Manual erfassen? Nehmen wir Albrecht Dürers berühmten Kupferstich *Melencolia I*, den er 1514 schuf. Es zeigt einen engelsgleichen Menschen, der



etwas anschaut und damit einen Objektbezug hat; er will etwas, er hat eine Fülle von Möglichkeiten rund um sich, kann aber anscheinend nichts davon benutzen.

Er sinniert nur darüber. Diese Haltung wurde später bekannt als *Melencolia Artificialis*, eine Künstlermelancholie, die den Willen zum Schaffen hat, aber unfähig ist, sich zu rühren.

Dem gegenüber steht ein anderes Bild, ein Ölbild von Johann Heinrich Füssli aus dem Jahr 1799, das er *Schweigen* nannte und das heute im *Kunsthhaus Zürich* hängt. Es ist ein Bild, das eine Verweigerung eines



jeglichen Ausdrucks beinhaltet; nicht einmal das Gesicht ist sichtbar. Es stellt einen beziehungslosen Menschen dar, ohne Objektbezug, der auf sich fixiert ist, im totalen Rückzug und Abbruch von allem.

Wie kann man so unterschiedliche Darstellungen einer depressiven Symptomatik mit einem Manual erfassen, sodass man nicht alle Menschen mit ihren Problemen schablonenhaft darstellt? Jeder Patient ist anders. Die Verschiedenartigkeit von Patienten innerhalb der gleichen Störungsbilder würde doch durch ein manualisiertes, standardisiertes Vorgehen arg vernachlässigt.

Eine weitere Schwierigkeit kommt hinzu: In der Fachwelt wird über den praktischen Nutzen von Manualen teilweise heftig gestritten. Sind sie von Nutzen für die psychotherapeutische Praxis und welche Form eines Manuals hilft wirklich? Führen sie tatsächlich zu größerem Handlungserfolg und werden sie in der Praxis überhaupt angewendet? Es gibt tatsächlich Studien, die zeigen, dass Psychotherapeuten, die manualisiert arbeiten, weniger erfolgreich sind, als wenn sie nicht manualisiert arbeiten (Henry et al., 1993; Wampold et al., 2018). Der Psychotherapieforscher Manfred Beutel sagt, die empirische Klärung dieser Frage stehe noch aus, aber diese Befunde sollten zu denken geben. Beutel schreibt:

Es scheint offenbar so zu sein, dass eine unkritische, unflexible und nur auf Manualtreue bedachte Anwendung von Therapiemanualen negative Effekte hat. Durch eine derartig vordergründige *adherence* (Manualtreue) gehen die therapeutischen Basisfähigkeiten verloren, ohne die jede Therapie wirkungslos ist. (Beutel et al., 2010, S. 109)

Viel wichtiger als die Manualtreue ist offenbar die *allegiance*, das Ausmaß, in dem ein Therapeut von seiner Methode und seinem Vorgehen überzeugt ist (Wampold et al., 2018), und weniger die Manualtreue, die *adherence*, die offenbar so gut wie keinen Effekt hat. Beides werde ich später noch vertiefen.

Was ist ein Manual?

Wenn wir an Manuale denken, dann stellen wir uns eine schematische Behandlung mit genau definierten und geplanten Schritten vor, wie sie etwa in den Manualen der kognitiven Verhaltenstherapie beschrieben werden. Ein Beispiel: In einem Manual zur Depressionsbehandlung mittels kognitiver Verhaltenstherapie werden

zwei Sitzungen dem Beziehungsaufbau gewidmet. Wochenpläne, Tagesprotokolle, Rollenspiele, Wahrnehmung negativer und positiver Gedanken usw. dominieren den Ablauf. Die Behandlung dauert 30 Stunden (Linden & Hautzinger, 2008).

Dem kognitiven Verhaltenstherapeuten wird ferner aufgezeigt, wie er ein Gespräch zu einem bestimmten Thema führen kann. Als Beispiel wird eine schwangere Studentin angeführt, die zum Therapeuten mit der Frage geht, ob sie abtreiben soll und darf. Der Therapeut sucht mit ihr nach den moralisch-ethischen Werten, Normen und Zielen, die bei dieser Frage betroffen sind. Dann hilft er ihr abwägen, welche davon im Vordergrund stehen. Am Schluss werden die tangierten moralisch-ethischen Werte, Normen, Ziele zusammengefasst und gewichtet. Der Therapeut hilft der Patientin, sich kognitiv für etwas zu entscheiden. Körpergefühle, Emotionen, Beziehungen zum Freund und zur Familie oder Sinnfragen spielen eine untergeordnete Rolle (ebenda).

Ein Manual der Verhaltenstherapie zeigt oft die genauen Abläufe und Schritte an, die in einer Therapie absolviert werden müssen. Es ist ein Manual, das genau erfassen möchte, wie ein Therapeut vorgehen soll, zum Beispiel wie die Phasen einer Depressionsbehandlung gestaltet werden. Das verhaltenstherapeutische Manual reduziert die Therapie meines Erachtens auf einen pädagogischen Kurs, der mit vielen Übungen und Hausaufgaben unterlegt ist. Das Rigide ist es, was uns stört. Ich denke aber, dass es mittlerweile Verhaltenstherapeuten gibt, die das nicht mehr so einseitig sehen.

Also wäre unsere Frage, ob wir beim Manualisierungstrend mitmachen sollen, bereits geklärt. Nun, so einfach ist es nicht. Man könnte meinen, dass Psychoanalytiker die meisten Vorbehalte gegen Manuale hegten, aber gerade sie haben, insbesondere im englischsprachigen Raum, eindruckliche Manuale publiziert, und zwar nicht nur für die psychodynamische Kurzzeittherapie, sondern auch für die analytische Langzeittherapie. Möglicherweise gibt es bei Jungianern Missverständnisse, was solche Manuale beinhalten, speziell solche in der psychodynamischen Psychotherapie (Beutel et al., 2010). Die psychodynamischen Therapiemanuale gehen weniger schematisch vor. Es geht in ihnen mehr darum, Behandlungsrichtlinien festzulegen mit Interventionsprinzipien, Therapieelementen und -zielen, Indikation, Kontraindikation, Phasen der Therapie, Übertragungs- und Gegenübertragungskonstellationen (Beutel et al., 2010, S. 82). Solche Manuale sind keine »Kochbücher«.

Für die psychodynamische Kurzzeittherapie existieren zahlreiche Manuale. Die Publikationen von Messer & Warren (1995) oder Beutel et al. (2010) geben entsprechende Übersichten. Aber auch für Langzeittherapien liegen solche vor, z.B. das Manual für die »Tavistock Adult Depression Study« (TADS) von David Taylor für eine Behandlungsdauer von 60 Wochenstunden, das 2010 in der PSYCHE veröffentlicht wurde (Taylor, 2010). Für den deutschsprachigen Raum hat Manfred Beutel eine Publikationsreihe von Manualen für die psychodynamischen Psychotherapie begonnen, die vielen wahrscheinlich bekannt ist, so dasjenige für somato-

forme Störungen oder dasjenige für Panikstörungen von Claudia Subic Wrana et al. (2012). Auch eine manualisierte Behandlung von Depressionen der Psychoanalytikerin Marianne Leuzinger-Bohleber, das MODE-Workbook, bislang noch nicht publiziert, dürfte für uns interessant werden (siehe Leuzinger-Bohleber et al., 2020).

Die Manualtreue

Die vorhin erwähnte Manualtreue (*adherence*) beschreibt das Ausmaß, in dem Therapeuten vorgeschriebene Techniken anwenden, wie genau sie das Behandlungsmanual umsetzen und Strategien vermeiden, die durch das Manual ausgeschlossen werden (Wampold et al., 2018). Zumeist bezieht sich die Manualtreue auf verhaltenstherapeutische Therapiemethoden. Die Erfassung dieser Variablen stellt, so eine Reihe von Psychotherapieforschern, einen wichtigen Bestandteil zur Überprüfung der Validität in Psychotherapiestudien dar. Sie sei wichtig, um die Konsistenz der Interventionen von Therapeuten mit einer hohen Qualität während des gesamten Studienverlaufs sicherzustellen (Glasgow, Lichtenstein & Marcus, 2003). Ein Mangel an Manualtreue könne die Replizierbarkeit einer Studie gefährden, die interne und externe Validität, die besagt, wie weit ein Effekt auf die psychotherapeutische Intervention zurückzuführen ist und wie weit die Studienbedingungen und Forschungsergebnisse auf den klinischen Alltag übertragbar sind. Ebenso könnte die Generalisierbarkeit der Ergebnisse gefährdet werden. Ungenauigkeiten in der Ausführung der Therapie führen unweigerlich zu Ungenauigkeiten bei der Bestimmung des Therapieeffekts.

Die Entwicklung und der Einsatz von Ratingsystemen zur Erfassung von Manualtreue leisten somit einen Beitrag zur Qualitätsmessung in Psychotherapiestudien. Ein Therapeut oder eine Therapeutin werden dazu angehalten, sich genau an ein Manual zu halten, damit die Ergebnisse generalisiert werden können, die Studie replizierbar wird und der Therapieeffekt unter diesen Bedingungen bestimmt werden kann. Auf die Persönlichkeit, auf die Eigenschaften, auf die Kompetenz sowohl der Therapeuten als auch der Patienten, auf ihr Geschlecht, ihre soziale Herkunft, ihre Bildung wird nicht eingegangen, auch auf die therapeutische Beziehung oder die Passung wird keine Rücksicht genommen. Stattdessen steht im Mittelpunkt, inwieweit sich ein Therapeut an vorgegebenen Interventionen und Behandlungsstrategien orientiert, was als Manualtreue operationalisiert wird.

Wenn jetzt behauptet wird, dass der Einsatz von Ratingsystemen zur Überprüfung der Manualtreue (Pohl, Richter & Bohus, 2000) ein wichtiges Instrument zur Qualitätsverbesserung einer Psychotherapie ist, mag das bezweifelt werden. Nicht die noch genauere Manualtreue verbessert die Qualität, sondern die Verbesserung der therapeutischen Beziehung, wie auch Wampold, Imel und Flückiger in ihrem großen Übersichtswerk über die Psychotherapie-Debatte argumentieren (Wampold et al., 2018).

Volker Tschuschke sagte einmal, solche Manuale als Gebrauchsanweisungen benötigten wir nicht. Psychotherapie sei ein

zwischenmenschlicher, interaktiver Prozess, der der Einfühlung in den jeweiligen Klienten in einem ganz bestimmten Moment (und in vielen folgenden Momenten) folgt, der die Bewusstmachung der Gegenübertragung des Behandlers, seiner emotions- und kognitionsgesteuerten Impulse zur Grundlage haben muss. Deshalb laufen verschiedene Behandlungen beim selben Therapeuten sehr unterschiedlich ab, selbst bei ähnlich diagnostizierten Patienten. (Tschuschke, persönliche Mitteilung, 2019)

In bin auch der Ansicht, dass es in der Psychotherapie darum geht, dass man sich auf den Patienten einlassen kann und eine Ahnung hat, was dieser Patient in diesem Moment braucht und was ihm möglich ist. Dazu hilft die Bewusstwerdung der Gegenübertragung wie auch verschiedene Konzepte, verschiedene Wissensstücke, verschiedene Erfahrungen, die teils intuitiv, teils bewusst angewendet werden. Tschuschke sagt es so:

Psychotherapeuten folgen einem Konzept (nicht einem Manual!), das ihnen eine theoretische Grundlage zum Verständnis der Entstehung und Aufrechterhaltung bestimmter psychischer Störungen und den Veränderungsmöglichkeiten gibt. Das ist aber kein Manual, das ist ein Konzept. Und eine konzeptuelle Grundlage belässt dem Anwender jede Flexibilität. Das ist die Aufgabe, der wir [...] uns stellen müssen. (Tschuschke, persönliche Mitteilung)

Ist das nun mit einem Manual möglich? Gibt es das richtige Manual? Und wenn ja, was müsste in einem solchen Manual stehen? Trotz all der verschiedenen Einwände seitens genannter Forscher stelle ich die Hypothese auf, dass es unter bestimmten Bedingungen möglich ist, eine Art Manual für jungianische Therapien und Analysen zu verfassen, ähnlich denjenigen, die die Psychoanalytiker entworfen haben.

Welches Manual ist das richtige?

Das englische Wort »manual« bedeutet auf Deutsch »Handbuch«. Wir schlagen vor, nicht von einem Manual als Benutzerhandbuch oder Bedienungsanleitung zu reden, sondern einen weniger polarisierenden Begriff zu verwenden, einen Begriff, der stärker auf die Flexibilität der darin enthaltenen Konzepte Rücksicht nimmt. Wir würden deshalb eher den von der Psychoanalytikerin Marianne Leuzinger-Bohleber verwendeten Begriff des Workbooks gutheißen, welches wichtige Konzepte und Interventionen enthalte, die der Therapeut oder die Therapeutin an geeigneter Stelle anwenden könne. Ein solches Workbook ersetzt keinesfalls die Ausbildung der Therapeuten, sondern sollte nur als Unterstützung in der

Weiterbildung dienen. Ein gutes Workbook kann die Qualität der therapeutischen Arbeit sowie die Behandlungsansätze des Therapeuten verbessern. Es sollte ihm Kenntnisse über spezielle Schwierigkeiten und Hindernisse in der therapeutischen Beziehung ermöglichen, wie auch Kenntnisse über die Problematik, Beschwerden und Möglichkeiten des Klienten.

Ein solches Workbook muss ausreichend detailliert sein, damit die Therapeuten ungefähr das Gleiche verstehen. Die Entwicklung von Adhärenzkriterien gelingt dabei am besten durch viele differenzierte klinische Beispiele (Taylor, 2010, S. 836), damit die Komplexität gewahrt bleibt. Diese Kriterien ermöglichen es, unabhängig zu messen, ob der Therapeut tatsächlich den Wissenskorpus und die auf ihm basierenden therapeutischen Methoden benutzt (Taylor, 2010, S. 837) oder ob er ganz andere Methoden anwendet, z. B. aus der Verhaltenstherapie.

Bei der »Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz« (Pap-S), an der Agnes von Wyl, Volker Tschuschke, Mario Schlegel und andere mitgearbeitet haben, wurde ein Manual verwendet, das Interventionsmöglichkeiten von verschiedenen Schulen, darunter auch solche der Analytischen Psychologie nach C.G. Jung, beinhaltete. Die Pap-S-Studie verglich über eine naturalistische Prozess-Ergebnisstudie die Effektivität und die möglichen Wirkfaktoren verschiedener methodischer Ansätze in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Schweiz. In den Jahren 2007 bis 2013 wurden insgesamt 362 Behandlungen beforscht (von Wyl et al., 2016). Die Untersuchung ergab interessanterweise, dass die Therapeuten weniger schulenspezifische, sondern mehr schulenspezifische Interventionen (z. B. Fragen stellen, unterstützen, empathisch zuhören, nachfragen, beraten) anwendeten, wie teilweise auch fremdspezifische Interventionen aus anderen Schulen (Tschuschke et al., 2016).

Schulenspezifische Manualtreue scheint generell kein Prädiktor für eine gute Therapie zu sein, eher die flexible Anwendung der Interventionen (Wampold et al., 2018). Außerdem spielen schulenspezifische Interventionen bzw. die Behandlungsmethode nur zu etwa 8% eine Rolle für den Therapieerfolg. Der Beitrag des Patienten, des Therapeuten und die therapeutische Beziehung bilden zusammen einen viel wichtigeren Faktor, der fast zur Hälfte (49%) zum Therapieerfolg beiträgt (Norcross, 2011).

Wenn jetzt also die Therapeuten nur zu einem geringen Teil schulenspezifische Interventionen anwenden und diese Interventionen nur zu einem geringen Teil, nämlich zu 8%, zum Therapieerfolg beitragen, so sollte ein Workbook nicht eine Reihe definierter Interventionen in den Mittelpunkt rücken, deren Adhärenz dann geprüft wird, sondern die therapeutische Beziehung und wie eine therapeutische Person mit verschiedenen Patienten und deren charakteristischen Problemen am besten umgeht.

Denn das ergab eine weitere Untersuchung von Tschuschke (2016) im Rahmen der schweizerischen Praxisstudie: Je belasteter ein Patient war, also je schwerer seine strukturelle Störung, desto stärker belastete er das Arbeitsbündnis und desto mehr reduzierten insbesondere erfahrene Therapeuten das Ausmaß der schulenspezifischen Interventionen. Wampold und andere (2018) erwähnen

ebenso, dass die Wirkung von Psychotherapie weniger auf spezifische therapeutische Techniken, sondern vor allem auf sogenannte kontextuelle Faktoren zurückzuführen ist. Dazu gehören die Qualität der therapeutischen Beziehung, die Persönlichkeit des Therapeuten sowie der Glaube des Therapeuten und des Patienten an die Vorgehensweise und Wirksamkeit der Therapie.

Folgerichtig müsste ein Workbook die therapeutische Beziehung und die Kompetenz des Therapeuten und weniger die Techniken ins Zentrum stellen.

Therapeutische Beziehung

Die therapeutische Beziehung (*alliance*) definieren der Psychotherapieforscher und gegenwärtige Präsident der *Society of Psychotherapy Research* (SPR) Bruce E. Wampold und seine Mitarbeiter (2018) folgendermaßen: Die therapeutische Beziehung besteht in einer affektiven Beziehung des Klienten zum Therapeuten, die ihn motiviert und befähigt, die Arbeit zusammen mit dem Therapeuten zu leisten und mit ihm ein Arbeitsbündnis einzugehen. Dazu gehören ein engagierter, empathischer Therapeut oder eine ebensolche Therapeutin und eine Einigkeit zwischen Klienten und Therapeuten bezüglich Zielen und Aufgaben der Therapie. Dazu gehören ferner Empathie, Kongruenz, positive Wertschätzung und kompetente Handhabung der Gegenübertragung (Wampold et al., 2018).

Beutel erklärt, dass sich allgemeine und spezifische Behandlungstechniken sowieso nur in einer positiven therapeutischen Beziehung entwickeln können (Beutel et al., 2010, S. 104). Psychodynamische Psychotherapie stellt gerade die therapeutische Beziehung in den Mittelpunkt, nicht zuletzt wegen der Bedeutung der Übertragung, in der frühere Muster, Komplexe etc. wiederauftauchen können.

Die Qualität der therapeutischen Beziehung gilt heute als allgemeiner Wirkfaktor für bessere Therapieergebnisse. So belegt eine Reihe von wissenschaftlichen Studien, dass eine gute therapeutische Beziehung den Erfolg der Psychotherapie verbessert (Beutel et al., 2010; von Wyl et al., 2016; Wampold et al., 2018).

Eine gute therapeutische Beziehung ist wiederum von der *allegiance* abhängig, vom Ausmaß, in dem der Therapeut von der Wirksamkeit seiner Methode überzeugt ist. Untersuchungen und Metaanalysen ergaben hohe *allegiance*-Effekte auf den Therapieerfolg (Übersicht bei Wampold et al., 2018) mit Effektstärken von bis zu 0,65. Der Therapeut muss also von der Therapiemethode überzeugt sein, damit sie wirkt. Ist er davon überzeugt, dass ihm seine Methode ein Erklärungs- und Veränderungsmodell für das Leiden des Patienten zur Verfügung stellt, dann stärkt das die therapeutische Beziehung. Wenn er von seinen Methoden nicht überzeugt ist, wird das in der therapeutischen Beziehung spürbar.

Wampold erwähnt außerdem die therapeutische Kompetenz, d.h., wieweit die therapeutische Person kognitiv und affektiv-empathisch begreift, was beim Klienten los ist, welche Störung er hat, was seine Probleme sind und wie er ihm

helfen kann; wann es angezeigt ist, in welchem Moment genau was und wie zu sagen, worauf es ankommt und wie wir genau mit der Übertragung und Gegenübertragung umgehen. Für diese Vorgänge haben wir gerade in der Analytischen Psychologie oft zu wenig Hinweise, Techniken und Wissen. Wir lernen eine Grundhaltung, wir sind überzeugt von unserer Methode, dennoch denke ich, gibt es Lücken in unserem Wissenskorpus. Die Fragen der Studierenden in meinen Seminaren und Supervisionen deuten oft in diese Richtung.

Dafür sollte ein solches Workbook da sein. Es sollte Hinweise und Interventionsmöglichkeiten im Umgang mit Patienteneigenschaften liefern; dafür, wie die Qualität des Arbeitsbündnisses gefördert werden kann, wie man mit Hürden und kniffligen Situationen umgehen soll. Dieses Wissen dient der therapeutischen Beziehung und stärkt die Überzeugungskraft und Kompetenz des Therapeuten. Es dient also der *alliance* und der *allegiance*, weniger der *adherence*.

Diese Abläufe kann man nur in einem komplexen Modell abbilden, was Wampold zum Kontextmodell (*contextual model*) der Psychotherapie geführt hat, welches das medizinische Modell ablösen soll (Wampold et al., 2018): Spezifische und allgemeine Wirkfaktoren lassen sich nicht unabhängig voneinander betrachten, sondern stehen in einem Kontext von Therapeuten- und Patientenvariablen.

Nochmals: Nicht die Methode ist gemäß Wampolds Kontextmodell entscheidend für ein gutes Ergebnis der Psychotherapie, sondern die Person des Therapeuten, wieweit er empathisch ist, wieweit er Hoffnung vermitteln kann und wieweit er an seine Methode glaubt, die er einmal gelernt hat. Gleichzeitig muss er genügend flexibel sein, um sich den Bedürfnissen und Gegebenheiten des Klienten anzupassen. Die Dynamiken der Behandlung machen es nötig, dass sich die therapeutische Person ständig neu auf die Behandlung und auf den Patienten ausrichtet.

Beutel stellt die richtige Frage: Was befähigt eigentlich einen Therapeuten, den Patienten zu verstehen und ihm zu helfen? Er antwortet darauf: sicher seine theoretischen Konzepte von psychischen Störungen und deren Behandlung sowie sein Repertoire an Interventionsstrategien; wenn also der Therapeut diese Interventionen passend je nach Störung anbringen kann, wenn er weiß, wann er einen Patienten stützen und beruhigen muss, wann konfrontieren, wenn er ihm auch mal einen Tipp oder eine Erklärung gibt, wenn er ihm hilft, über sich nachzudenken und wenn sich der Patient verstanden fühlt (Beutel et al., 2010, S. 105). Also muss der Therapeut Krankheitsmodelle, Kompetenzen zur Beziehungsgestaltung und ein breites Repertoire an Interventionsmöglichkeiten mitbringen und wissen, wann diese flexibel eingesetzt werden. Das alles könnte in einem Workbook enthalten sein.

Wozu ein Workbook?

Ein Workbook sollte man dabei nicht blind anwenden, sondern den Inhalt verinnerlichen, argumentiert Beutel (Beutel et al., 2010). Der Inhalt sollte zur »therapeutischen Identität« des Therapeuten gehören, zu seinem Repertoire, und er sollte frei sein, Elemente daraus zu benutzen. Beutel verweist auf Helmut Thomä, der einmal sagte, dieses »Therapiebuch sollte man sich zunächst einprägen und dann auch wieder vergessen« (Beutel et al., 2010, S. 109), sodass es ins implizite Gedächtnis gelangt.

Die Frage ist, wozu dient das Workbook? Wenn wir einmal davon absehen, dass es in der Ausbildung genutzt werden kann, um die Kompetenz zu fördern, so sind Therapien, die sich auf das gleiche Workbook und die gleiche Störung stützen, gut operationalisierbar, was die Möglichkeit bietet, an wissenschaftlicher Forschung teilzunehmen. Meines Erachtens ist eine Öffnung der Analytischen Psychologie hin zur akademisch-wissenschaftlichen Welt durchaus sinnvoll. Auch Toshio Kawai, Präsident der Internationalen Assoziation der Analytischen Psychologie (IAAP), vertritt diese Position und damit die internationale Gemeinschaft der Jungianer. Darüber hinaus wird die IAAP auch Forschungsprojekte unterstützen, die mit der Analytischen Psychologie verbunden sind und von Wissenschaftlern vorgeschlagen werden (Kawai, 2020).

Nur welche Forschung, das ist die Frage. Anders als übrige Therapierichtungen wie zum Beispiel die kognitive Verhaltenstherapie, streben wir eine Forschung an, die die »Veränderungen der inneren Welt anzeigen, der Persönlichkeitsstruktur, der Selbstwertregulation, der Emotionsregulation, der Bindungsrepräsentation«, statt Oberflächenphänomene wie die Reduktion von Symptomen oder veränderte Verhaltensweisen (Roesler, 2020, S. 12). Ein entsprechendes Workbook sollte dem Rechnung tragen und so aufgebaut sein, dass es diese Punkte zum Inhalt hat. Ein entsprechendes Workbook wertet die Persönlichkeit des Patienten und des Therapeuten wichtiger als die Symptome; das, was zwischen ihnen und was in ihnen geschieht, wird mehr gewichtet als die Reduktion von Symptomen und veränderte Verhaltensweisen.

Der Trend geht in Richtung personalisierte Psychotherapieforschung, wie dies an den Konferenzen der Society of Psychotherapy Research (SPR) zu beobachten ist. Die SPR ist gegenüber kontrollierten Laborstudien kritischer geworden. Der Kongress 2020 war dem Thema gewidmet, Psychotherapie zu personalisieren und gerade nicht zu standardisieren. Es scheint, dass Psychotherapieforschung künftig eher in die von uns vertretene Richtung einer maßgeschneiderten Psychotherapie zielen wird.

Eine Workbook-basierte Forschung dient außerdem dem Wirksamkeitsnachweis der Psychotherapiemethode. Wenn wir weiterhin in der Schweiz Ausbildungen bzw. Weiterbildungen in Analytischer Psychologie anbieten wollen, so müssen wir Wirksamkeits- und Prozessstudien nachweisen können. Wir müs-

sen, so Christian Roesler, nicht unbedingt die erkenntnistheoretischen und wissenschaftstheoretischen Prämissen der Forschung, die uns Akkreditierungsinstanzen vorgeben, teilen. Wir sollten aber, für welche Forschung wir uns auch immer entscheiden, etablierte und standardisierte Untersuchungsinstrumente einsetzen, die die untersuchte Stichprobe mit anderen Daten aus der Psychotherapieforschung vergleichbar machen (Roesler, 2020, S. 12).

Aber was heißt das? Ich denke, Christian Roesler meint nicht, dass wir die Forschung der Verhaltenstherapeuten kopieren, sondern uns mehr an den psychoanalytischen Forschungsmethoden orientieren sollten. Das würde bedeuten, dass ein jungianisches Workbook sich den psychoanalytischen Workbooks annähert, zum Beispiel ähnliche Inhalte hätte, wie das noch nicht publizierte MODE-Depression-Workbook von Marianne Leuzinger-Bohleber und Mitautoren (2020), oder dasjenige von David Taylor von der englischen Tavistock-Klinik (2010), oder auch dasjenige von Claudia Subic Wrana und Mitautoren (2012), die ein Manual für eine panikfokussierte psychodynamische Psychotherapie entwickelt haben.

Den Psychoanalytikern gelang es, nicht nur Workbook-basierte Therapien, sondern auch eine Reihe von Wirksamkeits- und Prozessforschungen durchzuführen. Das ist eine Herausforderung für uns. Obwohl Psychoanalytiker vielerorts Widerstände gegen Forschung zeigen, können sie doch auf eine Reihe von Forschungsergebnissen hinweisen. Selbst die in unseren Augen so verpönten RCT-Studien haben sie durchgeführt, etwa die TADS-Studie von Taylor (Taylor, 2010). Das entsprechende Manual ließ den Therapeuten viel Freiraum, später wurde dieses für die »Langzeitstudie bei chronischen Depressionen« (LAC) von Marianne Leuzinger-Bohleber übernommen und erweitert. Taylor schreibt darin:

Der Prozess des Ausbuchstabierens, der Formulierung und Konzeptualisierung, den die Erstellung eines solchen Manuals erfordert, ist eine Chance, über das, was man zu tun glaubt und über die Gründe, die man dafür zu haben meint, nachzudenken. (Taylor, 2010, S. 858)

Genau das ist auch der Ansatz unseres Workbooks – es soll nicht einengend wirken. Wie Taylor sagt:

Statt dem Therapeuten eine Praxis vorzuschreiben, versucht das Manual, der Praxis zu folgen; [...] der Therapeut ist berechtigt, so zu arbeiten, wie er es auch sonst zu tun pflegt, und sich innerhalb des Rahmens dieses Behandlungsverfahrens seinem klinischen Urteil gemäß zu verhalten: die psychoanalytische Arbeitsweise lässt die Individualität des Therapeuten ebenso zu wie die Einzigartigkeit des Kontakts, die erforderlich ist, um den individuellen Patienten zu behandeln. (Taylor, 2010, S. 838)

Störungsspezifisches Workbook oder nicht?

Eine letzte Frage: Soll ein Workbook störungsspezifisch aufgebaut sein oder nicht? Die gegenwärtig gültigen Kriterien für empirisch gestützte Psychotherapie verlangen Wirkungsnachweise für spezifische Störungsbilder, z. B. von der *American Psychological Association* (APA) in den USA oder vom *Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie* (WB) in Deutschland, und damit die Verwendung von störungsspezifischen Behandlungsmanualen. Manfred Beutel und andere sind bei allen Bedenken der Ansicht, dass es unumgänglich sei, eine störungsspezifische Ausrichtung der psychodynamischen Psychotherapie ins Auge zu fassen, ein störungsspezifisches Manual sei die Voraussetzung für eine Wirksamkeitsstudie (Beutel et al., 2010).

Nun gehört es zum psychodynamischen Basiswissen, dass ähnliche Symptome bei verschiedenen Konflikten und Diagnosen auftreten können. Depressive Symptome sind zum Beispiel Bestandteil verschiedener Diagnosen, so etwa der depressiven Episode, von manisch-depressiven Erkrankungen, der akuten Belastungsreaktion oder der posttraumatischen Belastungsstörung. Aber auch Phasen der Schizophrenie, der Bulimie oder der Borderline-Erkrankung können mit einer depressiven Symptomatik einhergehen. Die Analytische Psychologie und auch die Psychoanalyse vertreten ein dynamisches Verständnis psychopathologischer Störungsbilder, was im Widerspruch zu den streng diagnosespezifischen Kriterien des WB steht. Die Arbeitsgruppe um Marianne Leuzinger-Bohleber löst diesen Widerspruch, indem sie mit der LAC-Depressionsstudie zwar der Forderung des WB nachkommt und die Studie auf die breite Diagnosegruppe »major depression« zentriert. Gleichzeitig bezieht die Gruppe aber auch eine psychoanalytische Diagnostik mit ein, die auf psychoanalytischen Interviews beruht, um das dynamische Verständnis nicht zu kurz kommen zu lassen (Leuzinger-Bohleber et al, 2010, S. 798). Ein Workbook könnte dergestalt störungsspezifisch aufgebaut werden.

Schluss

Es ist natürlich ein Seiltanz, ein Seiltanz zwischen der Unterwerfung unter den Zeitgeist der *evidence-based-medicine* und einem Rückzug in den jungianischen Elfenbeinturm. Ich möchte das nicht beschönigen. Wir proklamieren für uns, dass wir das Seelische in der Erforschung therapeutischer Prozesse nicht ausklammern möchten, nur ist das Seelische, wie es Daniel Hell sagt, eben nur erlebbar, aber nicht messbar. Ein Manual oder, wie wir sagen würden, ein Workbook ist also ein unmöglicher Gegenstand – in Anlehnung an ein Diktum Gerd Rudolfs, der einst die Erforschung therapeutischer Prozesse als einen unmöglichen Gegenstand bezeichnete (Rudolf, 2006, S. 13).

Dennoch wage ich die Hypothese, dass ein gutes Workbook die Kompetenzen eines Therapeuten oder einer Therapeutin erweitern kann. Er und sie können genauere Diagnosen stellen, können störungsspezifisch bessere Arbeitsbündnisse vereinbaren, verstehen ihre Patienten besser und können die Behandlung adäquater auf sie abstimmen. Das alles hilft nicht nur ihnen, sondern auch den Patienten und der Legitimation der Methode.

Wir stehen inmitten eines Wandels. Wir haben die Wahl: *to die in beauty*, wie es Verena Kast so schön sagt, oder wir können uns öffnen in Richtung einer modernen Psychotherapieforschung. Die Forschung der Psychoanalytiker zeigt in eine interessante Richtung, die möglicherweise auch für uns umsetzbar ist. Da ist zum einen das TADS-Forschungsprojekt von David Taylor (2010), zum anderen das LAC-Forschungsprojekt von Marianne Leuzinger-Bohleber (2020), die wertvolle Hinweise liefern können, wie man sich nicht auf manualisierte Techniken fokussiert, sondern störungsspezifisch auf die therapeutische Beziehung sowie auf den Umgang mit schwierigen Situationen, z. B. auf suizidale Phasen oder auf den Umgang mit spezifischen Übertragungs- und Gegenübertragungskonstellationen. Insbesondere bei chronisch gestörten Patienten spielt die Kompetenz des Therapeuten eine zentrale Rolle für den Therapieerfolg, wie wir bereits erwähnt haben (Tschuschke, 2016).

Ein Workbook ist somit kein »Kochbuch«, und das ist es, was mein Anliegen ist. Es soll Flexibilität ermöglichen, aber auch Wissen vermitteln über die Knotenpunkte und Hürden einer spezifischen Störung bei spezifisch strukturierten Menschen und darüber, welche Auswirkungen diese auf die therapeutische Beziehung haben könnten. Der Beitrag des Patienten, des Therapeuten und die therapeutische Beziehung bilden zusammen einen wichtigen Faktor, der fast zur Hälfte (49%) zum Therapieerfolg beiträgt (Norcross, 2011), ebenso der Glaube der therapeutischen Person an ihre Methoden.

Mein Ansatz ist sicher kontrovers. Doch scheint es mir wichtig, genauer über unsere Methoden und Ansätze nachzudenken, unsere Positionen zu klären und zu diskutieren, auch wenn sie unterschiedlich bleiben werden.

Literatur

- Beutel, M. E., Doering, S., Leichsenring, F. & Reich, G. (2010). *Psychodynamische Psychotherapie. Störungsorientierung und Manualisierung in der therapeutischen Praxis*. Göttingen: Hogrefe.
- Glasgow, R. E., Lichtenstein, E. & Marcus, A.C. (2003). Why Don't We See More Translation of Health Promotion Research to Practice? Rethinking the Efficacy-to-Effectiveness Transition. *American Journal of Public Health*. 93(8), 1261–1267.
- Hell, D., (2006). Die Seele als Forschungsobjekt. In G. Mattanza, I. Meier & M. Schlegel. *Seele und Forschung. Ein Brückenschlag in der Psychotherapie* (1–12). Basel: Karger.

- Henry, W. n P., Schacht, T. n. E., Strupp, H. H. Butler, S. F. & Binder, J. (1993). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Mediators of therapists' responses to training. *Journal of consulting and clinical Psychology*. 61, 441–447. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.61.3.441> (erfasst 19.10. 2020).
- Kawai, T. (2020). IAAP President's Letter to all members, February 2020, <https://mailchi.mp/iaap/various-matters-from-the-president-and-the-chair-of-the-ethics-committee-3450293?e=37e9008d2c> (erfasst 28.02.2020).
- Leuzinger-Bohleber, M. et al. (2020). MODE Study(Workbook), unpubliziert.
- Leuzinger-Bohleber, M., Bahrke, U. Beutel, M. et al. (2010). Psychoanalytische und kognitiv-verhaltenstherapeutische Langzeittherapien bei chronischer Depression: Die LAC-Depressionsstudie. *Psyche – Z Psychoanal*. 64, 782–832.
- Linden, M., & Hautzinger M. (Hrsg.). (2008). *Verhaltenstherapiemanual*. 6. voll. überarbeitet. und erweitert. Auflage. Springer: Heidelberg.
- Messer, S. B. & Warren, C.S. (1995). *Models of brief psychodynamic therapy: a comparative approach*. New York: Guilford Press.
- Norcross, J. C. (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. New York: Oxford University Press.
- Pohl, U., Richter, H., & Bohus, M. (2000). Neuere Entwicklungen zur systematischen Überprüfung des therapeutischen Vorgehens. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*. 50(1), 14–21.
- Roesler, C. (2020). Forschungsdesign für eine zukünftige Forschung in der Analytischen Psychologie, Kath. Hochschule Freiburg, <https://iaap.org/wp-content/uploads/2020/01/Report-Roesler-final-version.pdf>. (erfasst 19.10. 2020).
- Rudolf, G. (2006). Empirische Annäherung an einen unmöglichen Gegenstand. In Matanza et al. *Seele und Forschung* (13–25). Basel: Karger.
- Subic-Wrana, Milrod, B., & Beutel, M.E. (2012). *Panikfokussierte Psychodynamische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Taylor, D. (2010). Das Tavistock-Manual der psychoanalytischen Psychotherapie – unter besonderer Berücksichtigung der chronischen Depression. *Psyche – Z Psychoanal*. 64, 833–861.
- Tschuschke, V. (2016). Therapeutische Beziehung. In A. von Wyl. et al. (2016). *Was wirkt in der Psychotherapie* (111–120). Gießen: Psychosozial.
- Tschuschke, V, Koemeda, M. & Schlegel, M. (2016). Psychotherapeutische Interventionstechniken. Das PAP-S-Rating – Manual. In A. Von Wyl. et al. (2016). *Was wirkt in der Psychotherapie* (65–73). Gießen: Psychosozial.
- Tschuschke, V. & Freyberger, H. (2015). Zur aktuellen Situation der Psychotherapiewissenschaft und ihrer Auswirkungen – eine kritische Analyse der Lage. *Z Psychosom med Psychother*. 61, 122–138.
- Von Wyl, A., Tschuschke, V, Cramer, A., Koemeda-Lutz, M. & Schulthess, P. (2016). *Was wirkt in der Psychotherapie? Ergebnisse der Praxisstudie ambulante Psychotherapie zu 10 unterschiedlichen Verfahren*. Psychosozial-Verlag: Giessen.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E. & Flückiger, C. (2018). *Die Psychotherapie-Debatte. Was Psychotherapie wirksam macht*. Bern: Hogrefe.

Abbildungen

Dürer, A. (1514). *Melencolia I*. Kupferstich.

[https://de.wikipedia.org/wiki/Melencolia_I#/media/Datei:Melencolia_I_\(Durer\).jpg](https://de.wikipedia.org/wiki/Melencolia_I#/media/Datei:Melencolia_I_(Durer).jpg)
(erfasst 28.02.2020).

wFüssli, J.H. (1799). *Das Schweigen*. Ölbild.

https://de.wikipedia.org/wiki/Datei:Johann_Heinrich_F%C3%BCssli_008.jpg
(erfasst 28.02.2020).

Isabelle Meier, Historikerin, Psychologin, Dr. phil., Dipl. Analytische Psychologin nach C.G. Jung, Katathym-imaginative Psychotherapeutin SAGKB. Psychotherapeutin in Zürich in eigener Praxis, Lehranalytikerin, Supervisorin und Dozentin am C.G. Jung-Institut Zürich und ISAPZÜRICH. Spezialgebiete: Imaginationen, Komplexe und Archetypen. Sie hat mehrere Artikel und Bücher in Deutsch und Englisch verfasst oder herausgegeben, darunter *Dissoziationen und Komplexe* bei Brandes & Apsel (2017).