

D. E. Orlinsky

## Die vielen Gesichter der Psychotherapieforschung<sup>\*</sup>

**Zusammenfassung** Nach einer kurzen Einführung in die und einer Übersicht über die Psychotherapieprozeß- und -ergebnisforschung sowie über Zusammenhänge zwischen Psychotherapieprozeß und -ergebnis widmet sich dieser Beitrag der zwischen Psychotherapiepraktikern und Psychotherapieforschern bestehenden „Kluft“. Meinungsverschiedenheiten zwischen Praktikern und Forschern werden teils auf Mißverständnisse, die jeweilige Arbeit der anderen Gruppe betreffend, zurückgeführt, teils auf grundlegende Unterschiede in Wesen und Anwendung von praxisbasiertem und forschungsbasiertem Wissen. Den Praktikern und Forschern werden Änderungen in bezug auf Einstellung und Blickwinkel empfohlen, um eine wechselseitig erspriessliche Zusammenarbeit zu erleichtern.

**Schlüsselwörter:** Psychotherapieforschung und -praxis, praxisbasiertes versus forschungsbasiertes Wissen, Forscher-Praktiker-Zusammenarbeit.

### *Les nombreux visages de la recherche en psychothérapie*

**Résumé** Présentée en ouverture d'une conférence qui s'est déroulée à Vienne sous le titre "Les nombreux visages de la recherche en psychothérapie", la présente contribution visait à 1) fournir un bref aperçu du domaine moderne de la recherche en psychothérapie, 2) examiner la relation troublée liant praticiens et chercheurs et 3) proposer certains changements d'attitude et de perspective qui pourraient faciliter l'établissement d'une collaboration entre ces deux groupes, pour leur profit mutuel.

1. On a commencé il y a environ 50 ans à étudier scientifiquement la psychothérapie, au moment où l'on a introduit l'enregistrement des séances et fait quelques tentatives de comparer dans un cadre contrôlé l'amélioration de l'état de patients appartenant soit à un groupe ayant suivi un traitement, soit à un groupe ne l'ayant pas fait.

1.1. Etude des processus. L'enregistrement des séances de thérapie permettait à des observateurs externes

### *The many faces of psychotherapy research*

**Abstract** Following a brief introduction and review of research on psychotherapy processes, outcomes, and process-outcome relations, this paper explores the gap that exists between psychotherapy practitioners and researchers. Dissension between practitioners and researchers is traced in part to misunderstandings that each has of the other's work, and in part to basic differences in the nature and uses of practice-based knowledge and research-based knowledge. Changes in attitude and perspective are recommended to practitioners and researchers in order to facilitate mutually beneficial collaboration.

**Keywords:** Psychotherapy research and practice, practice-based versus research-based knowledge, researcher-practitioner collaboration.

d'évaluer en détail et de manière répétée les interactions entre patients et thérapeutes. Cette manière d'approcher une "recherche au niveau des processus" a été complétée par l'utilisation de questionnaires et d'interviews structurées permettant d'acquérir des informations systématiques concernant les observations et expériences des patients et des thérapeutes durant les séances. L'étude des processus s'est intéressée avant tout aux techniques employées par les thérapeutes, à la manière dont les patients réagissent à l'input thérapeutique et aux caractéristiques de la relation de travail liant patient et thérapeute. Si l'on compare les observations faites par les patients, les thérapeutes et des observateurs externes, on constate qu'elles ne sont souvent pas identiques – ce qui met en évidence la nature complexe de la réalité intersubjective.

1.1. Etude des résultats. Plusieurs années ayant été consacrées à des études sous contrôle de différentes approches thérapeutiques, on s'est mis d'accord pour constater qu'en moyenne la psychothérapie est plus efficace que le non-traitement (ou un traitement minimal) des patients; ceci réfutait les allégations qui avaient été faites, attribuant l'amélioration de l'état

\* Übersetzung ins Deutsche: MMag. Dr. Martin Voracek, Koordinationsstelle für österreichische Psychotherapieforschung.

clinique des patients à une “rémission spontanée” des symptômes. Toutefois, les comparaisons effectuées sous contrôle n’ont en général pas permis de discerner des différences frappantes et consistantes entre les résultats produits par différentes méthodes de traitement. Ceci a incité d’aucun à conclure que le profit retiré de la thérapie doit être attribué à des facteurs que toutes les approches ont en commun, l’établissement par exemple d’une relation thérapeutique qui est source de soutien. Selon d’autres interprétations, ceci indiquerait que différents types de patients requièrent différentes thérapies. S’il est vrai que ces deux points de vue ne sont pas incompatibles au niveau de la logique, les différentes évaluations des traitements à partir de différentes perspectives (patients, thérapeutes et observateurs externes) montrent que l’étude des résultats doit être considérée comme généralement très complexe et qu’il ne faut pas se fier à de simples positions théoriques.

1.3. *Etude des résultats d’un processus.* Les travaux qui cernent les relations entre des moments observés par des observateurs externes ou vécus par patients et thérapeutes durant les séances ont montré que le processus tend à aboutir de manière favorable (de plusieurs points de vue) lorsque le patient s’investit personnellement et s’ouvre psychologiquement à un thérapeute perçu comme capable de compassion et d’empathie, et ayant joui d’une bonne formation. Ces caractéristiques se retrouvent dans différents types de thérapie, ce qui confirme l’argument selon lequel l’efficacité thérapeutique dépendrait des “facteurs communs” auxquels nous avons fait allusion ci-dessus. Cependant, les études qui se sont intéressées aux résultats d’un processus démontrent que certains types d’intervention (exemples: interprétation, confrontation vécue, interventions paradoxes) peuvent produire de bons résultats, du moins lorsqu’elles sont menées de manière adéquate. La recherche scientifique a encore beaucoup à nous apprendre, mais nous disposons déjà d’un certain savoir en rapport avec ce qui constitue une pratique efficace de la psychothérapie. Les praticiens qui ne tiennent pas compte de ce savoir pourraient bien être moins utiles à leurs patients qu’ils ne devraient l’être, compte tenu de leur devoir professionnel.

2. *Le fossé qui sépare praticiens et chercheurs est attribuable à plusieurs causes, dont entre autres des préjugés d’ordre philosophique qui ne sont pas toujours bien fondés; nous pensons par exemple à la manière dont la recherche empirique est parfois automatiquement associée à une doctrine passée de mode, celle du positivisme logique. Un préjugé similaire se fonde sur l’idée que la psychothérapie est un phénomène trop complexe, trop subtil et trop subjectif pour être étudié de manière scientifique. Certains praticiens de la psy-*

*chanalyse et de la thérapie humaniste ou existentielle avaient aussi tendance à rejeter la recherche empirique parce que cette dernière avait été approuvée par les thérapeutes d’orientation behavioriste. Ces points de vue n’ont jamais été qu’en partie justifiables et ne sont pratiquement plus pertinents par rapport à la recherche en psychothérapie pratiquée lors des deux dernières décades. Des raisons plus importantes, mais moins souvent identifiées, ont contribué au fossé séparant praticiens et chercheurs: ces deux groupes ont des besoins différents et ils utilisent la connaissance de manière différente. Les praticiens ont affaire à des individus, et leur savoir doit guider les efforts qu’ils font pour comprendre leurs patients individuels et leur apporter un soutien positif dans leur vie. En général, les chercheurs n’ont considéré les individus qu’en tant que membres de groupes pré-définis et ont tenté de détecter et de saisir des différences entre types de thérapie ou catégories de patients. Les praticiens utilisent la théorie pour poser un diagnostic et pour traiter le patient, alors que les chercheurs s’en servent pour formuler des hypothèses, sélectionner des variables et interpréter des résultats. Au moment d’étudier les processus thérapeutiques et leurs résultats, ces chercheurs ont également tendu à attribuer une préférence au point de vue de l’observateur externe et du patient, alors qu’en toute bonne logique les thérapeutes saisissent processus et résultats en fonction de leur perspective spécifique. Il s’agit là de différences très réelles, qui ne peuvent être résolues que si les deux groupes s’efforcent de se comprendre mutuellement et respectent la spécificité des tâches attribuées à la recherche comme à la pratique.*

3. *Il faut que praticiens et chercheurs modifient leur attitude et leur point de vue, pour que le travail d’un groupe puisse féconder celui de l’autre. Les chercheurs doivent inclure le point de vue du psychothérapeute à leurs études et établir des rapports entre les observations des patients et observateurs externes et celles des thérapeutes; ce n’est qu’alors que les praticiens pourront utiliser les résultats de leurs études. Il faut aussi qu’ils analysent des groupes de variables structurées selon des profils correspondant à des individus typiques au lieu de simplement comparer des variables isolées pour analyser les différences entre des groupes. D’autre part, il faudrait que les praticiens dominent les réactions anxieuses que provoque le fait qu’ils sont observés (comme ils dominent d’autres sources d’anxiété inhérentes à la thérapie) et qu’ils coopèrent avec les chercheurs pour trouver réponses aux questions posées par la pratique.*

*[Les lecteurs francophones sont priés de consulter les articles publiés par l’auteur et d’autres spécialistes dans le volume INSERM 1992, édité par R. Gerin et A. Dazord et intitulé: “Recherches cliniques ‘planifiées’ sur les psychothérapies: méthodologie”.]*

## Einleitung

Geschätzte Förderer, sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Damen und Herren: Das Bild einer Psychotherapieforschung, die viele Gesichter hat, ist sehr eindrucksvoll für mich und faszinierend – wie es der Titel einer Tagung auch sein sollte – aber auch irritierend. Glücklicherweise bin ich als Psychotherapeut dazu ausgebildet worden, mit irritierenden Bildern umzugehen, und hier in Freuds Stadt möge es entschuldigt werden, daß ich mir Zeit nehme, um dieses Bild zu interpretieren.

Meine erste Assoziation verbindet die „vielen Gesichter“ (*many faces*) der Forschung über Psychotherapie mit den vielen Facetten (*many facets*) eines Edelsteines, was nahelegt, daß Psychotherapieforschung etwas seltenes und auch wertvolles ist. Das ist nur allzu wahr, aber Sie tun sicher recht daran, diese erste Assoziation für zu positiv zu halten, da sie kein Licht auf die irritierende Qualität des Bildes wirft und eigentlich einer Verleugnung der Bedrohung dient. Wie auch immer – eine weitere Qualität kostbarer Edelsteine ist ihre Härte; z.B. verwendet man Diamanten, um Bohrer herzustellen, die fähig sind, in hoch widerstandsfähiges Material einzudringen. Diese zweite Assoziation ist eindeutig bedrohlicher, insbesondere dann, wenn man sich am falschen Ende des Bohrers befindet.

Diese Verwundbarkeit gegenüber Angriffen – einmal ins Bewußtsein gelangt – gerät schnell zu einem noch lebhafter schreckenden Bild: Die vielen Gesichter der Psychotherapieforschung verwandeln sich in das als Hydra bekannte vielköpfige Monster der griechischen Antike. Dieses dritte Bild scheint sehr klar die Herausforderung auszudrücken, die ich im Umgang mit dem mir übertragenen Thema verspüre. Wieviele Gesichter oder Köpfe kann Psychotherapieforschung haben? Werden jedesmal, wenn meine Analyse einen Kopf abtrennt, zwei neue an seiner Stelle wachsen?

Aber wir sehen jetzt ausschließlich die negative Seite dieses ambivalenten Bildes. Dies erkennend, tauche ich nun aus dem Reich der Fantasie auf, um meine Identität als Psychotherapeut und Forscher zurückzuerlangen. Dabei taucht ein neuer, auf Entwicklungstheorien basierender, Gedanke auf: Die Sicht einer „viele Gesichter“ habenden Psychotherapieforschung gründet sich auf einer frühen Wahrnehmungsform, die charakteristisch für die Phase vor dem Erreichen von Objekt Konstanz ist. Sie ähnelt der Erfahrung eines Säuglings, viele Mütter zu haben: eine beruhigende, nährende Mutter; eine spielerisch, kitzelnde Mutter; eine aufgebrachte, ärgerliche Mutter; eine ängstliche, besorgte Mutter. Aber da sind nicht „viele Mütter“, nur eine, mit verschiedenartigen Stimmungen; nicht „viele Gesichter“ der Forschung, nur eines, mit verschiedenartigen Ausformungen.

Nun, da ich die Metapher des Titels, zu dem ich eingeladen wurde, Ausführungen zu machen, gemeinstert habe, ist es mir erlaubt, sie als Bild zu benutzen, durch das ich kommunizieren kann – und es führt direkt zum Untertitel dieses Symposions: „Diskurs über die Beziehung zwischen Forschung und Praxis“. Nach allem, was wäre ein besserer Weg, einen Diskurs

„face to face“ abzuhalten? Die Bezeichnung „face to face“ impliziert etwas offenes, direktes und ehrliches, sowie mögliche Konfrontation und potentielle Intimität. Diese Bezeichnung führt auch zu einer weiteren Frage: Wie sehen Psychotherapiepraktiker und Psychotherapieforscher einander im allgemeinen? Die Antwort ist: noch nicht wirklich „face to face“.

Zu oft betrachten Forscher Psychotherapie „über die Schultern“ von Psychotherapeuten, „hinter deren Rücken hervor“, vorsichtig dem zusehend, was Psychotherapeuten machen, aber die Psychotherapeuten dabei nicht sehr klar sehend. Dies macht es den Forschern leicht, in Diskussionen über die Arbeit von Praktikern einen kritischen Ton anzuschlagen, weil es leicht ist, jemanden zu kritisieren, wenn man ihm nicht „geradewegs in die Augen sehen“ muß.

Andererseits tendieren Praktiker dazu, Psychotherapieforschung durch die gespreizten Finger ihrer vorgehaltenen Hände zu betrachten, wie Kinder, die im Kino einen ängstigen Film sehen. Sie wissen zwar, daß etwas Wichtiges bei dieser Sache passiert, aber sie möchten nicht direkt hinschauen, weil sie den Verdacht haben, der Projektor werde das zeigen, was sie im Geheimen fürchten. Sie werfen vielleicht ab und zu einen schnellen Blick hin, schauen aber hauptsächlich in andere Richtungen. Wenn sie bisweilen die Forschung über Psychotherapie ansehen (und damit meine ich etwas mehr als Kasuistiken), dann ist es vorzugsweise Forschung, welche nur eine indirekte Orientierung auf die therapeutische Praxis hat, z.B. Forschung über die Kindesentwicklung (Spence, 1994).

Ich glaube, daß dieses Publikum hier anders ist, daß es hauptsächlich aus Psychotherapiepraktikern besteht, die interessiert und mutig genug sind, Psychotherapieforschung direkt anzusehen, und aus einigen Forschern, die wirklich hoffen, „face to face“ und Seite an Seite mit Praktikern zu arbeiten. Gegenseitiges Interesse und guten Willen auf beiden Seiten annehmend, hoffe ich, mithelfen zu können, Wege zu einer aktiven Zusammenarbeit aufzuzeigen. Zunächst werde ich für jene, die neu im Feld der Psychotherapieforschung sind, kurz beschreiben, was diese ist und was sie erreicht hat. Dann werde ich einige der Gründe für den gegenwärtigen Mangel an Verständnis und Kommunikation zwischen Psychotherapiepraktikern und -forschern ausloten. Schließlich werde ich einige Wege zu einer Zusammenarbeit vorschlagen, zu unserem gegenseitigen Nutzen und zum Wohle unserer Patienten.

## Was ist Psychotherapieforschung?

Neulich hatte ich Gelegenheit, Psychotherapieforschung als „the use of appropriate scientific methods to describe, explain, and evaluate psychotherapeutic procedures“ [die Anwendung geeigneter wissenschaftlicher Methoden, um psychotherapeutisches Vorgehen zu beschreiben, zu erklären und zu evaluieren] (Orlinsky und Howard, in Druck) zu definieren. Die geeigneten wissenschaftlichen Methoden schließen Strategien und Techniken für das Durchführen expliziter, kontrollierter, systematischer und zunehmend präziser wer-

den der Beobachtungen und Analysen des menschlichen Verhaltens und der menschlichen Erfahrung ein. In Abhängigkeit von der zu untersuchenden Problemstellung können dies kontrollierte Experimente, naturalistische oder quasi-experimentelle Studien, Umfragen sowie systematische quantitative und qualitative Einzelfallanalysen sein. Keine von diesen sind goldene Pfade oder Königswege zu einem bestimmten Wissen, sondern einfach Werkzeuge, die als Forschungshandwerk benutzt werden, um die Ziele der Deskription (Beschreibung), Evaluation (Bewertung) und Explanatation (Erklärung) zu erreichen.

Die deskriptiven Anstrengungen der Psychotherapieforscher haben sich hauptsächlich auf Ereignisse konzentriert, die während der Behandlungssitzungen vorkommen. Dies wird „Prozeßforschung“ (process research) genannt. Sie kann sich sowohl auf beobachtbare (offene) Ereignisse, wie z.B. die gesprächsweisen und die nonverbalen Interaktionen von Patient und Therapeut, als auch auf nicht-beobachtbare (verdeckte) Ereignisse, wie z.B. die Selbstwahrnehmung und die gegenseitige Wahrnehmung von Patient und Therapeut während der Sitzungen konzentrieren – und sogar auf deren Gedanken, Gefühle und Fantasien über den jeweils anderen in der Zeit zwischen den Sitzungen (Orlinsky et al., 1993). Die evaluativen Anstrengungen der Psychotherapieforscher haben sich hauptsächlich auf das Vergleichen der psychologischen Symptome, den Grad der Verhaltenseffektivität und das Niveau des emotionalen Wohlbefindens der Patienten vor und nach der Therapie konzentriert, wie auch auf die relative Fähigkeit verschiedener Behandlungsmethoden, wohltuende Änderungen für bestimmte Typen von Patienten zu bewirken. Dies wird Ergebnisforschung (outcome research) genannt. Die erklärenden (explanativen) Anstrengungen der Forscher konzentrieren sich darauf, die Aspekte des therapeutischen Prozesses, welche zu Besserungen auf Seiten des Patienten beitragen, zu bestimmen (Prozeß-Ergebnis-Forschung – process-outcome research – genannt), und auch auf die Einflüsse von (individuellen und gemeinsamen) Patienten- und Therapeutenmerkmalen sowohl auf den Prozeß als auch auf das Ergebnis (aptitude-treatment interaction research genannt).

### Prozeß-Forschung

Prozeß-Forschung kam Mitte bis Ende der 40er Jahre auf, als einige couragierte Therapeuten begannen, ihre Behandlungsräume Tonmitschnitten und später – als die Technologie entwickelt war – Videoaufnahmen zu öffnen. Das war ein bedeutsamer Schritt über die traditionelle Fallgeschichte hinaus und half, einige Probleme in Zusammenhang mit Fallgeschichten richtigzustellen / zu umgehen, über die der Psychoanalytiker Donald Spence (1994) schrieb: „The case report is our most popular method for communicating clinical findings, and it has a long and durable history. But because of its anecdotal base, it is open to basic questions of reliability and validity. [...] An unknown number of reports may be based on events that have either never happened or did not happen in quite the same ways as described; the nature of memory and the accumulating

research on eyewitness testimony make it only natural to raise questions of this kind“ (p. 24 ff).

Therapiesitzungen aufzunehmen, was zuerst fremdartig schien, aber jetzt für viele ein routinemäßiger Teil klinischer Supervision ist, ermöglicht es, die tatsächlichen Praktiken von Therapeuten sorgsam, wiederholt und durch viele Beobachter zu betrachten und dadurch die gesammelten Eindrücke der Therapeuten über das, was während der Sitzungen passierte (unvermeidlich bruchstückhaft und auch flüchtig), zu ergänzen und zu transzendieren. Psychoanalytische Kollegen klagen manchmal, daß das Aufnehmen von Therapiesitzungen ein Eindringen in die und eine Verzerrung der Übertragung darstelle, aber tatsächlich ist das Hauptproblem gewöhnlicherweise eines der Gegenübertragung, resultierend aus einer vorübergehenden Erhöhung der Performance-Angst des Therapeuten. Typischerweise passen sich Patienten schnell an die Gegenwart der Gerätschaften zur Aufnahme an, und, ist das Verfahren für sie einmal Routine geworden, werden auch die Therapeuten weniger befangen. In dem Grad, in dem das Aufnehmen für den Patienten einen problematischen Punkt darstellt, sollte dies etwas sein, was diskutiert und analytisch durchleuchtet werden sollte – wie jedes andere Thema auch.

Ein anderes charakteristisches Vorgehen in der Prozeß-Forschung ist die systematische Verwendung von Fragebögen (und von strukturierten Interviews), um Berichte/Daten darüber zu sammeln, was Patienten und Therapeuten während der Sitzungen erfuhren. In bezug auf traditionelle Fallgeschichten hält Spence (1994) fest: „The experience of the patient, if not completely ignored, has certainly not been systematically investigated.“ Die Verwendung von Therapiestundenbögen (therapy session report questionnaires) erlaubt eine systematische Wiedergabe der patientenseitigen Erfahrung von Psychotherapie, die durch die statistische Auswertung von Assoziationsmustern tiefergehend analysiert werden kann (z.B. Orlinsky und Howard, 1975). Gleich wichtig ist, daß Praktiker Therapiestundenbögen dazu benutzen können, um ihre eigenen Erfahrungen während der Therapiesitzungen mitzuteilen und so zu unserem Verständnis der Beobachter-Perspektive des Therapeuten beitragen können. Es gibt keinen Grund, anzunehmen, daß sich dabei eine exakte Übereinstimmung zwischen der jeweils beobachtenden Perspektive des Patienten und des Therapeuten sowie jener von nicht-teilnehmenden Beobachtern ergeben muß. Tatsächlich divergieren die Perspektiven – nach allem, was wir wissen – oft. Die intersubjektive Wirklichkeit der Psychotherapie ist komplexer, als naiver Realismus zugestehen würde; jedoch erlaubt es uns die Prozeß-Forschung, den systematischen Beziehungen zwischen Beobachter-Perspektiven nachzugehen und so letztlich Psychotherapeuten zu informieren, wie ihre Sichtweisen von Ereignissen sich zu denen der Patienten verhalten, und, was ein nicht-teilnehmender Beurteiler beobachten kann.

### Ergebnis-Forschung

Unterschiede in der Beobachter-Perspektive sind auch in der Ergebnis-Forschung wichtig (Strupp et al., 1977).

Informelle Evaluationen von Therapieergebnissen werden unvermeidlicherweise von Patienten und Therapeuten gemacht, und jene können leicht in eine quantitative Form gebracht werden. In formellen Ergebnisstudien werden Evaluationen auch von unabhängigen klinischen Experten und über psychometrische Methoden gemacht. Auch die Familien, Freunde und Kollegen der Patienten beobachten die Wirkung der therapeutischen Behandlung auf den Patienten, und ihre Sichtweisen sind manchmal in Ergebnisstudien verwendet worden. Wiederum kann es sein, daß die Beurteilungen verschiedener beobachtender Parteien übereinstimmen oder divergieren. Wenn ein Patient als Resultat einer Therapie einen sehr stressenden Arbeitsplatz verläßt oder eine destruktive Ehe auflöst, könnte das Ergebnis der Behandlung aus der Patienten- oder Therapeutenperspektive als gesundheitsfördernd angesehen werden, aber aus der Perspektive des Arbeitgebers des Patienten oder seines Ehepartners könnte das Behandlungsergebnis als negativ erscheinen. Die daraus zu ziehende Lehre ist nicht, daß Ergebniseinschätzungen unzuverlässig sind, sondern vielmehr, daß wir (in der Psychotherapie wie in der Physik) in einer relativistischen Welt leben, wo Position und die Richtung des Beobachters als Teil der Beobachtung spezifiziert werden muß. Dann kann die Beziehung dieser Perspektiven untereinander selbst Gegenstand der Untersuchung werden.

Ergebnis-Forschung hat sich als Antwort auf Druck aus verschiedenen Richtungen entwickelt. In den frühen 50er Jahren publizierte der deutsch-englische Psychologe Hans Eysenck (1952) einen Überblick von Studien, die zu zeigen vorgaben, daß Patienten in Psychotherapie nicht mehr Besserung erfuhren als unbehandelte Patienten, sodaß Eysenck deren Besserung einer „Spontanremission“ der Symptome zuschrieb, welche in jedem Fall allein durch das Verstreichen von Zeit einsetze. Seine oft zitierte Studie entfachte ein großes Ausmaß an Forschungsanstrengungen, um sein Urteil zu bestätigen oder zu widerlegen, und im Verlauf der folgenden 25 Jahre sammelten sich Ergebnisse von vielen Studien an, welche zu der allgemeinen Übereinkunft führten, daß Eysenck offenkundig geirrt hat. Die Ergebnisse kontrollierter Studien verschiedener Psychotherapiemethoden zeigten, daß im Schnitt Psychotherapie signifikant zum Wohle der Patienten beiträgt (Lambert und Bergin, 1994; Smith et al., 1980; Lipsey und Wilson, 1993).

Jedoch sollte die Übereinstimmung unter den Forschern, daß Psychotherapien wirksam sind, die Praktiker nicht verführen, sich in Selbstzufriedenheit zu baden. Erstens haben die Praktiker vieler Psychotherapiemethoden Forschern noch nicht erlaubt, sie zu untersuchen. Zweitens zeigt die Inspektion der Daten regelmäßig auf, daß einzelne Patienten in unterschiedlichem Grad profitieren: einige sehr viel, die meisten in einem moderaten Ausmaß, einige nur wenig (wenn überhaupt), und, wie wir wissen, verschlechtert sich der Zustand einer kleinen, aber bedeutsamen Zahl an Patienten bzw. fährt fort, sich zu verschlechtern. Drittens scheint sich eine bedeutsame Minderheit von Patienten mit minimalem Aufwand zu verbessern, bevor wir als Praktiker das gemacht haben, was wir als essentiell

ansehen – offensichtlich als Konsequenz des Erweckens der Hilfeerwartungen des Patienten, mit einer begleitenden Wiederherstellung seiner „Moral“ (Frank und Frank, 1991). Viertens ist es ein sehr konsistenter Befund aus vergleichenden Ergebnisstudien, in denen verschiedene Behandlungsmethoden direkt miteinander verglichen werden, daß (mit ein paar Ausnahmen) verschiedene Typen von Psychotherapie insgesamt ähnliche Erfolgsraten aufweisen. Dies legt nahe, daß, obschon Psychotherapie für viele Patienten wirksam ist, die eigentlichen Ursachen ihrer Wirksamkeit möglicherweise von den verschiedenen und oft widersprüchlichen Annahmen verschiedener therapeutischer Schulen abweichen.

Eine Interpretation des Obigen ist, daß unspezifische Wirkfaktoren (common factors) vieler Behandlungsansätze verantwortlich für ihre ähnliche Wirksamkeit sind – Faktoren wie die Beziehung des Patienten zu einer sorgenden, respektierten „Autoritätsfigur“, und die sich daraus ergebende Stärkung von Hoffnung und der „Moral“. (Dieser machtvolle Effekt, bezeichnet – aber deswegen nicht erklärt – als „Placebo-Effekt“, ist Medikamentenforschern gut bekannt, die deswegen viel Aufwand in ihren Studien betreiben, um seinen Einfluß zu kontrollieren.) Im Gegensatz zu dieser Hervorhebung unspezifischer Wirkfaktoren lautet eine andere Interpretation, daß verschiedene Behandlungsansätze jeweils spezifische, jedoch begrenzte Wirksamkeit haben; daß die spezifischen Merkmale jedes Ansatzes einigen Patienten vielleicht hilfreich sind, anderen jedoch nicht, und daß unsere durchschnittliche Wirksamkeit steigen wird, wenn wir herausfinden, welche Patienten von welchen Behandlungen am meisten profitieren. Diese zwei Interpretationen sind nicht logisch unvereinbar, und bis die Situation sich durch weitere Forschung klärt, scheint es plausibel, anzunehmen, daß beide, unspezifische Wirkfaktoren und spezifische Wirkfaktoren, wichtig sind.

Strategie der traditionellen Ergebnis-Forschung war es, die psychologischen Symptome, die Verhaltens-effektivität und das emotionale Wohlbefinden der Patienten vor und nach der Behandlung zu vergleichen. Insgesamt zeigen die Resultate solcher Untersuchungen eine allgemeine Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungen, die generelle Ähnlichkeit der Ergebnisse über verschiedene Therapiemethoden hinweg, aber auch einen beträchtlichen Grad an Variabilität der Wirksamkeit innerhalb einzelner Behandlungen. In jüngster Zeit wurden periodische Evaluationen zu vielen Zeitpunkten während der Behandlung in Studien inkludiert, was den Forschern gestattet, nicht nur das Ausmaß der Änderungen zu untersuchen, sondern auch die verschiedenen Weisen, auf die sich Änderungen vollziehen. Diese neue Strategie für Ergebnis-Forschung ermöglicht es uns, den Verlauf der Behandlung für einzelne Patienten auszuwerten, z.B. mathematische Funktionen wie beispielsweise Wachstumskurven an wiederholt gesammelte Evaluationsdaten anzupassen (Howard et al., 1994). Dadurch wird zum einen erkennbar, daß Realitätsadäquatheit erfordert, daß klinische Ergebnisse individuell gemessen werden (und nicht Gruppenmittelwerte), zum anderen, daß klini-

sche Ergebnisse nicht die unmittelbaren Ergebnisse der Behandlungen allein sind, sondern vielmehr ein komplexes Produkt von Wechselwirkungen zwischen Patientenmerkmalen, Behandlungsmerkmalen und Therapeutenmerkmalen sind.

### Prozeß-Ergebnis-Forschung

Die Beiträge von Patient, Therapeut and Behandlung zum klinischen Ergebnis sind intensiv von jenem Studientypus untersucht worden, der als Prozeß-Ergebnis-Forschung bekannt ist (Orlinsky und Howard, 1978, 1986a; Orlinsky et al., 1994). Diese Studien versuchen zu bestimmen, welche Aspekte des therapeutischen Prozesses den Patienten hilfreich sind. Die angesammelten Befunde der Prozeß-Ergebnis-Forschung legen eine besondere Wichtigkeit der folgenden Punkte nahe: erstens die zusammenhängende, kommunikative und zusammenarbeitende Qualität der therapeutischen Beziehung, wie sie durch den Patienten erlebt wird; zweitens das Geschick des Therapeuten in der Verwendung von relativ machtvollen Techniken wie z.B. paradoxe Intention, erlebnismäßige Konfrontation oder Deutung, um die Bewältigung problematischer Erfahrungen durch den Patienten zu fördern; drittens das echte Engagement des Patienten in bezug auf geeignete therapeutische Aufgaben; viertens die innere Offenheit bzw. der Mangel an Abwehr in der Aufnahme der Ergebnisse der therapeutischen Arbeit, und fünftens die Erfahrung des Patienten, von Sitzung zu Sitzung zu profitieren (z.B. Einsicht, Unterstützung).

Dies sind die Faktoren, die in jedem Behandlungsfall und in jedem Behandlungsansatz da sind oder fehlen. Wenn sie stark präsent sind und die Therapie über einen hinreichenden Zeitraum dauert, gibt die Prozeß-Ergebnis-Forschung eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine Verbesserung der Patienten an. Umgekehrt sind spärliche Behandlungsergebnisse wahrscheinlich, wenn Patienten die therapeutische Beziehung als feindlich oder bedrückend erleben, wenn Therapeuten Interventionen ohne Geschick/Kompetenz einsetzen oder nur schwache Interventionen einsetzen (z.B. Ratschläge geben), wenn Patienten nicht wirklich auf therapeutische Aufgaben eingestellt oder hoch-defensiv sind, oder, wenn Patienten in den Sitzungen routinemäßig Unsicherheit, Pein, Konfusion erleben und nicht Unterstützung, Erleichterung und Einblick.

Es ist wichtig, die Nuancierungen dieser Befunde zu betonen. Zum Beispiel ist es die vom Patienten erlebte Qualität der therapeutischen Beziehung, die ein positives Ergebnis vorherzusagen erlaubt, wohingegen die vom Therapeuten erlebte Qualität der therapeutischen Beziehung einen schwächeren direkten Prädiktor für das Patientenwohl darstellt. Das Gleiche trifft auch für das Geschick des Therapeuten, die Verwendung von Techniken wie erlebnismäßige Konfrontation oder Deutung sowie für die patientenseitige Wahrnehmung eines Profitierens von Sitzung zu Sitzung zu. Werden diese Faktoren aus der Patientenperspektive oder von externen Beobachtern eingeschätzt, weisen sie einen klaren Bezug zum Ergebnis auf, nicht aber, wenn sie von den Therapeuten selbst eingeschätzt werden. Praktiker

können sich deshalb nicht einzig und allein auf ihre eigenen unmittelbaren Eindrücke verlassen, sondern brauchen Anhaltspunkte (welche ihnen die Forschung bereitstellen kann) für die indirekten Zeichen anderer Perspektiven des therapeutischen Prozesses. Zum Beispiel gibt es einige Evidenz für die Annahme, daß die unmittelbare therapeutenseitige Wahrnehmung des Behandlungsfortschritts kein guter Prädiktor des Ergebnisses ist, die therapeutenseitige Empfindung der Beziehung zum Patienten aber ein guter Prädiktor des patientenseitigen Gefühls in bezug auf den Therapiefortschritt (Orlinsky und Howard, 1967), welches wiederum ein guter Prädiktor des Ergebnisses ist (Orlinsky et al., 1994).

Es ist nicht möglich, in der kurzen zur Verfügung stehenden Zeit mehr zu tun, als den Umfang und die Bedeutung der Psychotherapieforschung für den Psychotherapiepraktiker anzudeuten. Ich hoffe zumindest, daß ich genug gesagt habe, Ihr Interesse geweckt zu haben, über ein Gebiet, das sich in den vergangenen 50 Jahren sehr entwickelt hat, mehr in Erfahrung zu bringen, und, daß ich Sie überzeugt habe, daß Psychotherapieforschung letztlich den Klinikern einiges von Bedeutung zu sagen hat (z.B. Orlinsky, 1994). Es ist eine traurige Tatsache, daß die Verständigung zwischen Psychotherapiepraktikern und -forschern nicht gut gewesen ist, obwohl wir starke gemeinsame Interessen haben. Wir alle hier auf diesem Symposium sind engagiert, die Probleme, die uns blockieren, zu lösen. Als Therapeuten wissen wir aber auch, daß wir diagnostizieren und die Probleme verstehen müssen, bevor wir versuchen, sie zu heilen. Deshalb komme ich jetzt zu dem, was ich denke, was unsere Probleme sind, und dazu, wie ich denke, daß wir anfangen könnten, sie zu heilen.

### Die Kluft zwischen Psychotherapieforschung und Praxis

Zuerst – was haben Praktiker gegen die wissenschaftliche Erforschung der Psychotherapie eingewendet? Psychotherapeuten verschiedener Richtungen geben einen philosophischen Grund für das Ignorieren der Psychotherapieforschung an. Sie glauben, daß empirische Forschung in sich positivistisch ist und deshalb auf das Quantifizieren von Oberflächenphänomenen beschränkt ist, die wenig Bezug zur Tiefe menschlichen Erlebens, die Psychotherapiepraktiker interessiert, haben. Es ist wahr, daß der Logische Positivismus, der in den 20er und 30er Jahren in Wien entstand, die dominierende Philosophie der Wissenschaft in der amerikanischen Psychologie während der 50er und 60er Jahre wurde, als das Feld der Psychotherapieforschung Gestalt annahm. Es ist auch wahr, daß Psychotherapieforschung immer noch verbliebene Spuren dieser frühen Phase aufweist. Aber die enge positivistische Wissenschaftssicht wurde in den 70er Jahren durch eine historisch richtigere und auch liberalere Sicht ersetzt – eine, die Wissenschaft nicht idealisiert, sondern sie als eine charakteristisch menschliche Aktivität und dem Lösen von Puzzles verwandt darstellt (Kuhn, 1962).

Die ernsthaften Wissensspiele, welche die verschiedenen Wissenschaftsfelder definieren, werden in beson-

deren Gemeinschaften (*communities*) von Forschern unter Bezugnahme auf Regelwerke (ihre Methodologien) „gespielt“. Die Studien, die von den Forschern ausgedacht und durchgeführt werden, können als „Spielzüge“ gedacht werden, die sowohl in bezug auf Originalität, als auch auf Konformität zu den akzeptierten Regelwerken bewertet werden – sehr ähnlich dem *Glasperlenspiel* in Hermann Hesses gleichnamigem Roman (1943).<sup>1</sup> Auch das Feld der Psychotherapieforschung hat sich verändert, hat seine Thematiken und Methoden erweitert, um fast alles einzuschließen, was Psychotherapiepraktiker relevant finden. Ich selbst, als einer von ihnen, habe den Großteil meiner Forscherlaufbahn der Untersuchung des patienten- und therapeutenseitigen Erlebens in der Psychotherapie gewidmet, und dem Aufzeigen, wie dies mit quantitativer Strenge, qualitativer Tiefe und klinischer Bedeutsamkeit unternommen werden kann (z.B. Orlinsky und Howard, 1975, 1986b; Orlinsky, 1994).

Die Entfremdung vieler psychoanalytischer und humanistisch-existential orientierter Therapeuten von dieser überholten positivistischen Sicht der empirischen Wissenschaft ist durch die Tatsache verstärkt worden, daß empirische Forschung von behavioral und kognitiv-behavioral orientierten Therapeuten nachdrücklich verfochten wurde. Praktiker, die die behavioral und kognitiv-behavioralen Ansätze ablehnten, tendierten mißverständlicherweise auch dazu, die empirische Erforschung der Psychotherapie abzulehnen. Um die Sachlage weiter zu verkomplizieren, fiel die ideologische Trennung zwischen Psychoanalytikern und Verhaltenstherapeuten in vielen Ländern auch mit einer ökonomischen und (berufs-)politischen Rivalität zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Therapeuten zusammen, sowie im weiteren (unter den Psychologen) in eine zwischen jenen in klinischer Praxis und jenen hauptsächlich in einem akademischen Rahmen Tätigen.

Als Sozialwissenschaftler, der die modernen Psychotherapien in einem kulturvergleichenden und historischen Kontext sieht, scheinen mir unsere verschiedenen therapeutischen Ansätze mehr gemein zu haben als wir anzuerkennen bereit sind. Wir tendieren eher dazu, Behandlungsansätze ideologisch als „philosophische Schulen“ einzuordnen, nicht auf einer beschreibenden Ebene hinsichtlich ihrer tatsächlichen Praxis, und diese „philosophischen Differenzen“ sind übertrieben worden, teils durch Unterschiede in den Terminologien, teils aufgrund von Rivalitäten zwischen Berufsgruppen. Tatsächlich haben Therapeuten sehr verschiedener Orientierungen sehr viel gemeinsam, sowohl in bezug auf ihre therapeutischen Ziele, als auch in bezug auf ihre Beziehungsstile zu den Patienten (Ambühl und Orlinsky, 1997; Orlinsky et al., 1996). Philosophische und

ideologische Treue bilden eine Basis der sozialen Solidarität unter Therapeutengruppen und liefert dem einzelnen Praktiker, dessen Arbeit einsam und oft stressend ist, ein nützliches Unterstützungsgefühl – aber unnötige Konflikte zwischen Therapieschulen halten unterschiedliche Gruppen von Therapeuten davon ab, voneinander Wertvolles zu lernen und davon, sich im Verfolgen von gemeinsamen Professionszielen und -interessen zu vereinen. Gegenwärtig kann keine theoretische Orientierung Dominanz unter den zeitgenössischen Psychotherapieforschern sich für behaupten.

Ein überzeugenderer Einspruch gegen die empirische Erforschung der Psychotherapie, den man oft von Klinikern hört, ist der, daß Psychotherapie einfach zu komplex ist, erforscht zu werden, daß die psychologischen und spirituellen Resultate der Therapie zu subtil sind, um wissenschaftlich evaluiert zu werden. In dieser Subtilität und Komplexität liegt eine echte intellektuelle Herausforderung, der sich die Forscher stellen müssen, ihr zu begegnen – aber, wenn es wahr wäre, daß Psychotherapie zu komplex sei, um sie zu untersuchen, dann müßte sie (logisch gedacht) auch zu komplex sein, um sie wirksam zu praktizieren, weil wir dann nicht wüßten, was wir tun. Andererseits, wenn wir genug über Psychotherapie wissen können, um sie wirksam praktizieren zu können, und behaupten, daß unser Praktizieren einen positiven Effekt auf unsere Patienten hat, dann sollten wir auch fähig sein, diese praktische Einsicht als Grundlage zur Erstellung relevanter und systematischer Methoden der Beobachtung und Messung zu verwenden.

Wissenschaft als menschliche Aktivität ist nichts mehr und nichts weniger als die Kunst und das Handwerk vom Wissen, und, wie alle Künste oder Handwerke, stellt sie sich auf das Material ein, mit dem sie es zu tun hat. Der Erfolg der Wissenschaft bei der Untersuchung medizinischer und biologischer Phänomene wurde unterstützt durch eine Epistemologie, die allgemein Descartes zugeschrieben wird, eine, die scharf zwischen einem „erkennenden Subjekt“ und einem „erkannten Objekt“ trennt, wobei ersteres als „Geist“ oder „Seele“, letzteres als „Sache“ angesehen wird. In der Vergangenheit inspirierten die Erfolge der medizinischen und biologischen Wissenschaften die Entwicklung der modernen Sozialwissenschaften und der Psychologie, aber da die „Sache“ hierbei komplexer ist, muß auch die Epistemologie dementsprechend komplexer sein. Forscher, die Menschen studieren, darin eingeschlossen jene, die Patienten und Therapeuten innerhalb der Psychotherapie studieren, kommen schließlich zur Erkenntnis, daß die Personen, die sie studieren, immer zugleich „erkennende Subjekte“ wie auch „erkannte Objekte“ sind – Subjekte, die ihre eigene Meinung darüber haben, was die Forscher tun, und die ihr Verhalten im Lichte dieser Meinung formen (Simmel, 1950). Diese Epistemologie der „Intersubjektivität“ transzendiert die Subjekt-Objekt-Dichotomie und ist in der Tat in der zeitgenössischen Psychotherapieforschung schon präsent, indem die multiplen Perspektiven der Therapeuten, Patienten, externen Beobachter in der Bewertung von Therapieprozessen und Therapieergebnissen anerkannt werden. Wir müssen

<sup>1</sup> Hinsichtlich der Motivation des Wissenschaftlers ist die Teilnahme am Spiel der Forschung nicht bloß eine „trübe Übung des Überichs“, sondern involviert die ganze Persönlichkeit. Mehr als sonst etwas ist Forschung eine zwingende Herausforderung zur Ich-Bewältigung (*ego mastery*) und Synthese sowie eine freudige Sublimation der erotischen Neugier des Kindes.

immer noch unsere Forschungsmethoden und -techniken dahin bringen, dies konsequenter widerzuspiegeln, und müssen uns auch darin üben, über Forschung in einer Weise zu sprechen, die methodologische Objektivität und Strenge nicht mit einer dehumanisierenden, beträchtlichen „Objektifizierung“ der Personen, die wir studieren, durchmengt.

Jene Psychotherapeuten, die sich für Psychotherapieforschung interessieren und Anstrengungen machen, Forschungsliteratur zu lesen, haben oft noch andere Klagen über das, was sie lesen. Eine lautet, daß Forscher von methodologischen Spitzfindigkeiten besessen scheinen und größere Akzente auf diese legen als auf wesentliche Fragen. Eine andere ist, daß Einzelstudien oft widersprüchliche Resultate oder solche von sehr begrenzter Anwendbarkeit produzieren. Den Wert solcher Studien zu sehen, fällt schwer; hingegen ist es leicht, zu sehen, warum sich das Interesse an ihnen verliert. Das Problem gründet dabei auf den unterschiedlichen Wissensbedürfnissen von Praktikern und Forschern, was sie auch dazu bewegt, Theorie auf ganz verschiedene Weisen zu benützen.

Die methodologischen Spitzfindigkeiten, von denen Forscher besessen sind, sind Teil des Wissensspiels, das sie spielen, und sie korrespondieren zu Zügen innerhalb des Regelwerks dieses Spiels. Das Ziel des Wissensspiels ist es, im größtmöglichen Ausmaß die Anzahl der plausiblen Interpretationen, die aufgrund der Ergebnisse der Beobachtungen gemacht werden können, zu reduzieren, sowie, die Bedeutung der Ergebnisse so unmißverständlich wie möglich zu machen. Eine Studie, deren Ergebnisse viele verschiedene Interpretationen erlauben würde, wäre schlecht durchgeführt. Eine Studie, deren Ergebnisse nur einen einzigen Sachverhalt bedeuten können, der über jeden vernünftigen Zweifel erhaben wäre, ist die ideale Studie. In der Praxis erreicht keine Studie dieses Ideal; die Frage ist, wie nahe sie ihm kommt. Studien, die zu einem beliebigen Zeitpunkt diesem Ideal am nächsten kommen, werden überall imitiert und bewundert; sie definieren – wie man sagt – den Stand der Kunst (*state of the art*). Die Forscher, die ihre Leben diesem Wissensspiel widmen, scheinen – vom Standpunkt eines Außenstehenden aus betrachtet – besessen von bloßen Spitzfindigkeiten, jedoch kann das, was sie tun, eigentlich ganz aufregend sein und – abhängig davon, wie gut es läuft – tief befriedigend.

Man könnte fragen, warum Außenstehende den von den Forschern gespielten „Spielen“ Aufmerksamkeit zollen oder sich mit ihren Ergebnissen befassen sollten. Die Antwort liegt nicht in den Befunden von Einzelstudien, sondern in der fortschreitenden Anhäufung und Replikation der Befunde. Befunde, die überall repliziert werden, können als Tatsachen betrachtet werden. Zum Beispiel könnten die Befunde jeder einzelnen Therapie-Ergebnis-Studie zeigen, daß die Patienten, die an der Studie teilnahmen, von den Behandlungen, die von den an der Studie teilnehmenden Therapeuten angeboten wurden, profitierten oder nicht profitierten. In dem Ausmaß, in dem die Studie methodologisch korrekt war, würden die Ergebnisse als gut fundiert angesehen werden. Aber keine Studie ist methodologisch perfekt.

Jedoch, wenn man eine große Zahl an Studien, die in verschiedenen und relative Kleinigkeiten betreffenden Weisen unvollkommen sind, überprüft (*review*) und sieht, daß eine bestimmte Behandlung in 85% der Studien wirksam war, sowie, daß in den Studien, in denen Patienten behandelt wurden, die behandelten Patienten insgesamt im Schnitt um 90% oder mehr im Vergleich zu unbehandelten Patienten profitierten, würden selbst jene, die geneigt sind, skeptisch zu sein, überzeugt sein, und jene, die offener eingestellt sind, sind vielleicht bereit, die kumulativen Resultate als eine „gesicherte Tatsache“ zu beschreiben.

Was macht man mit so einer Tatsache? Wenn man Forscher ist, beginnt man sicherlich darüber nachzudenken, wie die Tatsache am besten erklärt werden könnte. Wenn man Praktiker jenes Behandlungstyps ist, dessen Wirksamkeit überzeugend erwiesen wurde, würde man diese Evidenz Versicherungsgesellschaften und Regierungsstellen bringen, die mit der Beglaubigung von Behandlungen für die allgemeine Anwendung befaßt sind. Das, was in beiden Fällen gebraucht wird, ist nicht vollkommenes Wissen, nicht absolute Sicherheit (was durch empirische Forschung nicht einlösbar ist), sondern lediglich eine klare Beweislast, die den besten verfügbaren Wissensstand repräsentiert. Therapeuten sollten, da sie immer im Angesicht der Unsicherheit handeln, dies zu schätzen wissen. Außer in den Fällen, wo sie auch Forscher sind, werden Therapeuten diese Art von Wissen nicht durch das Lesen von einzelnen Studien erhalten, genauso unwahrscheinlich wie jene, die versuchen, ihr Gewicht zu reduzieren, konsequente Leitlinien aus den offensichtlich ständig wechselnden Ergebnissen von Diät-Studien erhalten. Was Praktiker lesen sollten, sind sachkundig geschriebene *Reviews* der Forschungsliteratur, die Tragweite und Gewicht der zum jeweiligen Zeitpunkt angehäuften Evidenz bewerten und erklären, auf deren Begrenzungen hinweisen und deren klinische Implikationen diskutieren. Leider ist dieser Typ von Zeitschriftenartikel oder Buch relativ selten, weswegen ich an dieser Stelle meine Forschungskollegen ansprechen möchte und darauf dränge, zu versuchen, diese Lücke zu füllen. Es gibt noch einige andere Dinge, die Forscher noch tun müssen, damit sich die Kluft zwischen ihnen und den Praktikern schließe. Man sollte sich dessen bewußt sein, daß Psychotherapeuten mit Individuen zu tun haben, nicht mit Gruppenschichtwerten, und daß Therapeuten selbst Individuen sind, die sich untereinander signifikant unterscheiden, auch dann, wenn sie nominell der gleichen Behandlungsmethode folgen. Durchschnittswerte mögen eine brauchbare Fiktion sein, die eine wichtige Information über eine Gruppe kommunizieren, aber sie müssen keinem einzigen Patienten dieser Gruppe entsprechen. Im weiteren unterscheiden sich Individuen in vielen Belangen voneinander und können nicht adäquat durch Einzelvariablen charakterisiert werden. Man fängt erst an, der Eigenart von Individuen habhaft zu werden durch das Betrachten von mehreren Variablen zur selben Zeit. Man kommt diesem Ziel näher durch das Betrachten der Konfiguration bzw. des Profils von Variablen, die ein Individuum beschreiben. Individuelle Profile können verwendet werden, Grup-



pen zu bilden, die auf Ähnlichkeit gründen, und solche Gruppen können zur Definition klinisch sinnvoller Typologien führen. Um die Individuen zu verstehen, die wir als Therapeuten behandeln, betrachten wir das Ausmaß, in dem sie zu einem Typ bzw. zu mehreren Typen, die wir schon kennen, passen. Das ist der Vorteil, den klinische Fallgeschichten haben und das, was in Therapieforschungspublikationen typischerweise fehlt. Wenn Forscher ihre Studien für Praktiker nutzbar machen möchten, werden sie ihre Daten in einer Weise analysieren müssen, die die Erstellung klinischer Typologien erlaubt.

Eine andere Sache, welche die Forscher einlösen müssen, ist das Einbeziehen der Therapeutenperspektive in Prozeß- und Ergebnis-Studien, um deren systematische Beziehungen zu anderen Perspektiven zu erforschen. Therapeuten sind gezwungen, Ereignisse in der und Resultate der Psychotherapie vom Standpunkt dessen, der Veränderungen bewirkt, zu erleben. Das ist nicht der einzige Standpunkt, noch ist er notwendigerweise ein privilegierter Standpunkt. Unter den Rahmenbedingungen von Psychotherapie ist das, was Patienten erleben, wahrscheinlich das wichtigste, und das, was externe Beurteiler, die den Luxus einer verlängerten und wiederholten Beobachtung eines Ereignisses haben, sehen können, ist wahrscheinlich das informativste. Aber wenn die Arbeit der Therapeuten dadurch beeinflusst wird, was die Patienten erleben und geschulte Beobachter beschreiben können, dann müssen deren Erfahrungen und Beobachtungen in die Therapeutenperspektive übersetzt werden.

### **Die Kluft überbrücken: auf dem Weg zu einer Zusammenarbeit von Praktikern und Forschern**

Sowohl Psychotherapieforscher wie auch Praktiker tragen zu der Kluft bei, die sie trennt. Wie die Beteiligten einer schlechten Ehe hat jede Seite triftigen Grund zur Klage, aber jeder mißverstehet auch vieles auf der Seite des jeweils anderen und bleibt hinter dem zurück, was man tun kann und tun muß, um seinen Part der Beziehung zu erfüllen. Soll die Beziehung gedeihlich werden, müssen wir einen Eheberater finden, oder, da wir selber Therapeuten sind, diese Rolle selber annehmen. Wir, die wir an diesem Symposium teilnehmen, haben allein schon durch den einfachen Umstand unseres Herkommens unser Interesse an einer Verbesserung der Beziehungen zwischen Forschern und Praktikern ausgedrückt. Jetzt – von Angesicht zu Angesicht – ist die Frage, die wir stellen müssen: „Wie können wir, die wir uns der Psychotherapie als Praktiker und als Schüler dieses heilenden Handwerks verschrieben haben, an einer Überbrückung der Kluft arbeiten?“

Wie immer, ist der erste Schritt, zu lernen, einander mit Empathie zuzuhören, sodaß gegenseitiges Verständnis sich entwickelt – und da hören wir eben nicht bloß Bestätigungen unseres langgehegten Verdachtes: im schlimmsten Fall, daß Forscher die lebendige Erfahrung von Therapie zu oberflächlichen Belanglosigkeiten profanieren, und, auf der anderen Seite, daß Praktiker mystische Behauptungen machen, die sie nüchternen Hinterfragungen nicht aussetzen wollen.

Wir müssen diese Mißverständnisse auflösen, die die Verständigung hintertreiben, die tatsächlichen Unterschiede zwischen Forschung und Praxis verstehen und respektieren, und einsehen, wie sehr wir die Unterstützung des jeweils anderen auch im Verfolgen unserer unterschiedlichen Aufgaben brauchen.

Meiner Sicht nach liegt der Hauptunterschied zwischen unseren jeweiligen Aufgaben als Praktiker und Forscher im folgenden: Als Praktiker müssen wir in der Situation handeln, mit allem möglichen Verständnis der Situation gegenüber, die uns der Patient präsentiert, und ohne Zeit für ausgedehnte Reflexion und Erwägung. Wir mögen in einem bestimmten Moment des therapeutischen Dialogs intervenieren oder auch nicht, aber auch die Nicht-Intervention ist eine Form von Handlung, die Konsequenzen hat. Um wirksam handeln zu können, müssen Einstellung und Auftreten des Therapeuten zuversichtlich und auf einem Gefühl von Sachverstand (*expertise*) gegründet sein. In diesem Kontext erfüllt das theoretische Modell des Praktikers drei Funktionen. Es liefert einen konzeptuellen Rahmen, um vom Patienten präsentierte Problematiken oder Klagen im Sinne eines „tatsächlich dahinterstehenden Problems“ zu reinterpretieren. Basierend auf einem sachkundigen Verständnis der „tatsächlich dahinterstehenden Probleme“ legt das theoretische Modell des Praktikers eine Palette von geeigneten Interventionen nahe, mit Hilfe derer das Problem zu lösen und die Pein des Patienten zu lindern ist. Schließlich liefert das theoretische Modell des Praktikers diesem eine Sprache, gewöhnlich eine metaphernreiche, mit der Praktiker mit ihren Patienten persuasiv kommunizieren können, und ihnen damit implizit eine Sprache für effektivere Selbstgespräche, Einsicht und Selbstreflexion lehren. In diesem Kontext ist das Verstehen Diener der Handlung.

Dazu kontrastierend ist in der Forschung die Handlung Diener des Verstehens und die vom Forscher eingeforderte Einstellung eher kontrollierte Skepsis als zuversichtlicher Glaube. Das theoretische Modell des Psychotherapieforschers hat gegenüber dem des Praktikers sehr verschiedene Funktionen (obwohl es auch drei sind). Zunächst ist das theoretische Modell des Forschers eine Quelle von spezifischen Forschungsfragen, die „Hypothesen“ genannt werden dürfen, wenn die Fragen spezifisch genug sind, daß sie mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden können. Dann spezifiziert das theoretische Modell die wesentlichen Bestimmungstücke und wichtigen Eigenschaften des zu erforschenden Bereiches, wobei die Aufgabenstellung der Beobachtung dadurch vereinfacht wird, daß die zu beobachtenden Variablen sowie die Meßoperationen, mittels derer sie geschätzt werden sollen, festgelegt werden. Schließlich liefert das theoretische Modell des Forschers einen konzeptuellen Rahmen, um die Befunde zu interpretieren, sowohl in bezug auf die in der Studie angewendeten Beobachtungs- und Analysemethoden, als auch in bezug auf die Befunde anderer Studien. Das Modell des Forschers wird durch die Ergebnisse einer Untersuchung in zweierlei Hinsicht getestet: durch den Beitrag zu einem wachsenden Korpus konsistent interpretierbarer Befunde und durch die Anregung

neuer und interessanterer Fragen für die künftige Forschung.

Um ein besseres Verständnis der genuinen Unterschiede zwischen Forschung und Praxis zu erreichen, habe ich eine Idee benutzt, die ähnlich Wittgensteins Konzept des Sprachspiels (Wittgenstein, 1958, S. 12 f; s. auch Janik und Toulmin, 1974, chap. 7) ist. Damit können wir auch anfangen zu sehen, wie Forscher und Praktiker einander helfen können. Das persönliche Wissen des Praktikers als teilnehmender Beobachter des therapeutischen Prozesses ist eine Hauptquelle theoretischer Formulierungen über Psychotherapie und ein wertvoller Führer der Forscher zu den wesentlichen und wichtigen Bestimmungsmerkmalen, die systematisch und kritisch betrachtet werden sollten. Vice versa kann das durch die Psychotherapieforschung angehäufte und wachsende Korpus an empirischem Wissen wissenschaftliche Autorität verleihen und dadurch den Praktikern Selbstbewußtsein.

Eines der Merkmale, die alle modernen Psychotherapien für sich reklamieren – seien sie nun kognitiv und behavioral oder analytisch und existentiell orientiert – ist ihre Verankerung in der Wissenschaft, das heißt, in einem naturalistischen Verständnis der menschlichen Natur. Dämonen, Halbgötter, die Geister der Vorfahren und Sternkonstellationen, von denen man einmal dachte, daß sie den menschlichen Geist beeinflussen und stören würden, werden jetzt als eigene Entitäten unberücksichtigt gelassen oder als Projektionen der Psyche reinterpretiert. Die menschliche Natur ist möglicherweise im Grunde rational oder irrational, oder beides in wechselnder Proportion, aber, egal wie, ist sie der Beobachtung und dem rationalen Verständnis offenstehend. Das durch die Forschung angehäufte empirische Wissen ist seiner Natur nach probabilistisch. Es bietet keine absolute Gewißheit an, noch entlastet es den Praktiker von der Notwendigkeit, sich in brauchbaren klinischen Beurteilungen zu üben. Nichtsdestotrotz liefert es die Zusicherung, daß die Erfolgswahrscheinlichkeit in dem Ausmaß ansteigen wird, in dem bestimmte Bedingungen erfüllt sind, und es kann die Praktiker mit nützlichen Hinweisen versorgen, wie das Vorhandensein dieser Bedingungen zu entdecken ist.

Die Schritte, die wir machen können, um die Kluft zwischen Forschung und Praxis zu überbrücken, führen – darüber hinausgehend – in zwei Richtungen. Die eine ist, unsere gegenwärtige Handlungspraxen als Forscher und Praktiker so zu verbessern, daß sie mehr Relevanz füreinander aufweisen. Ich habe schon vorgeschlagen, was Forscher in dieser Hinsicht tun sollten, um ihre Arbeit für Praktiker relevanter zu gestalten: die Therapeutenperspektive in bezug auf Prozeß und Ergebnis inkludieren, diese Perspektive systematisch zu den Patientenperspektiven und denen externer Beobachter in Beziehung setzen, die Daten zu analysieren in bezug auf Variablenprofile, welche Typen von Patienten, Therapeuten und deren Interaktionsarten definieren, die Forschungsergebnisse vieler Studien zu überprüfen und zu integrieren, um deren Implikationen für die Praxis herauszustrichen.

Praktiker können dazuparallel vorgehen. Sie können sich ihren eigenen Ängsten, beobachtet zu werden, stel-

len, und versuchen, mit ihnen konstruktiv umzugehen – wie sie es mit anderen Ängsten machen, die im Verlauf ihrer klinischen Arbeit entstehen. Sie können ihre eigenen theoretischen Modelle instrumentell sehen, als spezialisierte Sprachen, die verwendet werden zum Ausführen von Behandlungen und zur Diskussion darüber, nicht als enthüllte Wahrheiten, die es gilt, wie ein religiöses Glaubensbekenntnis zu verteidigen. Wenn sie so verfahren, können sie auch die theoretischen Modelle anderer Orientierungen als spezialisierte Sprachen ansehen und damit mehrsprachig werden, schätzen lernen, was jede Sprache am effektivsten sagen und machen kann. Dies wird Praktikern auch dabei helfen, Therapie sowohl „von außen“ als auch „von innen“ zu betrachten, wie es Forscher machen müssen. Jene, die mehrsprachig sind, schätzen diesen Vorteil; jene, die einsprachig sind, sind sich des Nachteils bewußt und versuchen entweder zu lernen oder sind dazu bestimmt, zunehmend isoliert zu sein.

Ein weiterer Schritt für Praktiker und Forscher einem Überbrücken der Kluft entgegen ist, einander als Kollegen zu behandeln und zu beginnen, an Projekten wechselseitigen Interesses und Nutzens aktiv zusammenzuarbeiten. Forscher sollten die Praktiker, deren Arbeit sie studieren wollen, konsultieren, wenn sie ihre Studien planen, und sie sollten Feedback über die Ergebnisse der Teilnehmenden anbieten. Praktiker sollten genauso viel fragen und erwarten und sollten im Gegenzug Forscher dazu einladen, zu untersuchen, wie sie mit Patienten arbeiten und wie sie ihre Arbeit mit Patienten wahrnehmen, dabei fühlen und darüber denken.

Zum Ende kommend, möchte ich in diesem Geist der Zusammenarbeit alle Psychotherapiepraktiker einladen, an einer internationalen Studie über die professionsbezogene Entwicklung von Psychotherapeuten teilzunehmen.<sup>2</sup> Es handelt sich um eine Studie über Psychotherapeuten, von Psychotherapeuten und für Psychotherapeuten, gedacht als Mittel, Selbsterkenntnis und Verständnis kollektiv zu fördern. Sie beinhaltet das Ausfüllen eines Fragebogens, der nach einem klinischen Interview modelliert ist, welches die mit dem Entwicklungsgrad eines Therapeuten zusammenhängenden Aspekte in allen Phasen seiner professionellen Laufbahn erforscht (Orlinsky et al., in Druck). Die Praktiker-Forscher, welche diese Studie entwarfen, versuchten Fragen zu stellen, die sie als Psychotherapeuten sinnvoll fanden und hoffen, daß diese Fragen auch sinn-

<sup>2</sup> Die deutschsprachige Version des „Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire“ ist in Österreich erhältlich bei Frau Univ.-Prof. Mag. Dr. E. Jandl-Jäger (Univ.-Klinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie, Währinger Gürtel 18–20, 1090 Wien) oder bei Herrn Univ.-Ass. Dr. A.-R. Laireiter (Institut für Psychologie der Universität Salzburg, Abteilung für Klinische Psychologie, Hellbrunnerstr. 34, A-5020 Salzburg); in Deutschland bei Herrn Prof. Dr. P. Buchheim (Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der TUM, Langerstr. 3, D-81675 München) oder Herrn Dr. U. Willutzki (Fakultät für Psychologie, Ruhr-Universität Bochum, D-44801 Bochum); in der Schweiz bei Herrn Dr. H. Ambühl (Psychotherapeutische Praxisstelle der Universität Bern, Mittelstr. 42, CH-3012 Bern).

voll für andere Therapeuten sind. Es wird ein sehr sinnvolles Vergnügen sein, sich darauf zu freuen, die Früchte dieser Zusammenarbeit zwischen Psychotherapiepraktikern und -forschern mit Ihnen zu teilen.

### Literatur

- Ambühl H, Orlinsky DE (1997) Zum Einfluß der theoretischen Orientierung auf die psychotherapeutische Praxis. *Psychotherapeut* 42: 290–298
- Bergin A, Garfield S (eds) (1994) *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th edn. Wiley, New York
- Eysenck HJ (1952) The effects of psychotherapy: an evaluation. *J Consult Psychol* 16: 319–324
- Frank JD, Frank JB (1991) *Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy*. Hopkins, Baltimore
- Hesse H (1949) *Magister ludi (The bead game)*. Frederick Ungar, New York (dtisch Original [1943]: *Das Glasperlenspiel*)
- Howard KI, Orlinsky DE, Lueger R (1994) Clinically relevant outcome research: some considerations and an example. In: Aveline M, Shapiro D (eds) *Research foundations for psychotherapy*. Wiley, Sussex
- Janik A, Toulmin S (1973) *Wittgenstein's Vienna*. Simon and Schuster, New York
- Kuhn TS (1962) *The structure of scientific revolutions*. University of Chicago Press, Chicago
- Lambert MJ, Bergin AE (1994) The effectiveness of psychotherapy. In: Bergin A, Garfield S (eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th edn. Wiley, New York
- Lipsey MW, Wilson DB (1993) The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: confirmations from meta-analysis. *Am Psychol* 48: 1181–1209
- Orlinsky DE (1994) Research-based knowledge as the emergent foundation for clinical practice in psychotherapy. In: Talley PF, Strupp HH, Butler SF (eds) *Psychotherapy research and practice: bridging the gap*. Basic Books, New York
- Orlinsky DE, Ambühl H, Davis JD, Gerin P, Botermans J-F, Cierpka M, Davis M, Dazord A, Ronnestad MH, Willutzki U et al (in Druck) The development of psychotherapists. I: Questions, concepts, and research methods of a collaborative international study. *Psychotherapy Res*
- Orlinsky DE, Geller J, Tarragona M, Farber B (1993) Patients' representations of psychotherapy: a new focus for psychodynamic research. *J Consult Clin Psychology* 61: 596–610
- Orlinsky DE, Grawe K, Parks B (1994) Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. In: Bergin A, Garfield S (eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th edn. Wiley, New York
- Orlinsky DE, Howard KI (1967) Communication rapport and patient „progress“. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 5: 131–136
- Orlinsky DE, Howard KI (1975) Varieties of psychotherapeutic experience: multivariate analyses of patients' and therapists' reports. Teachers College Press, New York
- Orlinsky DE, Howard KI (1978) The relation of process to outcome in psychotherapy. In: Garfield S, Bergin A (eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 2nd edn. Wiley, New York
- Orlinsky DE, Howard KI (1986a) Process and outcome in psychotherapy. In: Garfield S, Bergin A (eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 3rd edn. Wiley, New York
- Orlinsky DE, Howard KI (1986b) The psychological interior of psychotherapy: explorations with the therapy session reports. In: Greenberg LS, Pinsof WM (eds) *The psychotherapeutic process: a research handbook*. Guilford Press, New York
- Orlinsky DE, Howard KI (in Druck) Psychotherapy research. In: Kazdin A (ed) *Encyclopedia of psychology*. American Psychological Association, Washington DC
- Orlinsky DE, Willutzki U, Meyerberg J, Cierpka M, Buchheim P, Ambuehl H (1996) Die Qualität der therapeutischen Beziehung: Entsprechen gemeinsame Faktoren in der Psychotherapie gemeinsamen Charakteristika von PsychotherapeutInnen? *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 46: 101–110
- Simmel G (1950) Knowledge, truth, and falsehood in human relations. In: Wolff K (ed) *The sociology of Georg Simmel*. The Free Press, New York
- Smith ML, Glass GV, Miller TI (1980) *The benefits of psychotherapy*. Hopkins, Baltimore
- Spence DP (1994) The failure to ask hard questions. In: Talley PF, Strupp HH, Butler SF (eds) *Psychotherapy research and practice: bridging the gap*. Basic Books, New York
- Strupp HH, Hadley SW, Gomes-Schwartz B (1977) Psychotherapy for better or worse: an analysis of the problem of negative effects. Jason Aronson, Northvale
- Wittgenstein L (1958) *Philosophical investigations*, 3rd edn. Macmillan, New York

**Korrespondenz:** Prof. Dr. David Orlinsky, Committee on Human Development, University of Chicago, 5730 S. Woodlawn Ave., Chicago, IL 60637, U.S.A.,  
E-mail: d-orklinsky@uchicago.edu

*Prof. Dr. David Orlinsky ist Professor of Human Development and Social Sciences an der University of Chicago und weithin bekannt für seine Arbeiten auf dem Gebiet der Psychotherapieprozess- und -ergebnisforschung sowie als Mitbegründer und ehemaliger Präsident der internationalen „Society for Psychotherapy Research“ (SPR). Zur Zeit ist er u.a. Koordinator einer großangelegten internationalen Studie zur professionellen Entwicklung von PsychotherapeutInnen.*