

G. Rudolf

## Taxonomie der Psychotherapieforschung

**Zusammenfassung** Die Entwicklung der Psychotherapieforschung von der klassischen Fallgeschichte über den Nachweis der Wirksamkeit in der Legitimationsforschung bis hin zur Differenzierung der Ergebnisbedingungen in der differentiellen Psychotherapie-Effizienzforschung wird als Hintergrund für die aktuelle Diskussion skizziert; sie betrifft eine Psychotherapieforschung, die nicht unter Laborbedingungen, sondern unter denen der therapeutischen Praxis absolviert werden kann. Die Diskussion der Menschenbildannahmen, der Störungskonzepte, der Therapietechniken und der Berücksichtigung der Patientensubjektivität zeigt unterschiedliche Ansätze der klassischen Psychotherapieforschung und der Praxisforschung. Aus der Sicht der Praxis werden in der herkömmlichen Forschung eher untypische Patienten unter untypischen Behandlungsbedingungen auf untypische Outcome-Kriterien hin analysiert. In der Praxisforschung sollen Aspekte des Subjektiven, des Qualitativen, der Beziehung und theoriegeleitete Konzepte des jeweiligen Therapieansatzes stärker berücksichtigt werden. Die Frage nach der Wirksamkeit spezieller Praxistherapien kann durch Beobachtungsstudien unter naturalistischen Bedingungen besser beantwortet werden als durch die nicht in jedem Fall angemessenen randomisierten klinischen Studien. Beispiele aus eigenen aktuellen Therapiestudien illustrieren die vorgeschlagene Vorgehensweise.

**Schlüsselwörter:** Psychotherapieforschung, Praxisforschung, randomisierte Studien, qualitative Forschung.

### Taxinomie de la recherche en psychothérapie

**Résumé** Toute taxinomie constitue une tentative de classification, les critères appliqués devant être mis en évidence de manière aussi claire que possible. Concernant la recherche en psychothérapie, nous présentons d'abord trois étapes historiques: la phase des histoires de cas classiques, offrant au lecteur un argumentaire visant à le convaincre; la phase durant laquelle la recherche cherchait à légitimer les différentes thérapies, qui devaient donc faire preuve scientifique de leur utilité; et la phase des études d'efficacité différenciées, centrées sur la comparaison des condi-

### Taxonomy of psychotherapy research

**Abstract** The study outlines, as the background of the ongoing discussion, the development of psychotherapy research from the classical case history, through the demonstration of its efficacy in legitimacy research, down to the differentiation of the outcome conditions in differential psychotherapy efficiency research; it is concerned with a psychotherapy research that can be conducted not under laboratory conditions but under the conditions typical of therapeutic practice. The discussion on the assumptions underlying our notion of man, our concepts of disorders, our therapeutic techniques, and the way we take patient subjectivity into account points toward different approaches on the part of psychotherapy research and practice-oriented research. From the standpoint of practice, conventional research tends more to analyze nontypical patients under nontypical therapeutic conditions with an eye to nontypical outcome criteria. Practice-oriented research aims to give more attention to aspects of the subjective, the qualitative, the relationship, and theory-guided concepts of the specific therapeutic approach concerned. The question as to the efficacy of special practice-oriented therapies can be answered better by observation-based studies conducted under naturalistic conditions than by randomized clinical studies that are not appropriate in every case. Examples from the author's ongoing therapy studies are used to illustrate the approach proposed.

**Keywords:** Psychotherapy research, practice-oriented research, randomized studies, qualitative research.

tions produisant les résultats des traitements. Le 'canon' de la recherche empirique moderne attribue priorité à l'étude clinique randomisée. Du fait de l'intérêt croissant dont jouissent les recherches adéquates du point de vue des conditions de la pratique psychothérapeutique et menées dans son cadre, des doutes ont été exprimés quant à savoir si les standards de recherche élaborés jusqu'à maintenant conviennent à cette démarche. Une analyse des conditions dans lesquelles la pratique se situe montre qu'une autre image de l'homme domine son contexte, que les troubles y sont

*conceptualisés de manière différente, et que le rôle du thérapeute comme de sa "technique" et l'importance attribuée au patient-sujet y sont évalués autrement. De ce point de vue, la recherche en psychothérapie classique étudie une situation assez peu typique, qui ne peut être comparée à celle qui se trouve dans la pratique. On peut donc se demander dans quelle mesure les expériences faites 'en laboratoire' sont applicables à la pratique et généralisables. Des lignes directrices en matière de recherche incluant la pratique de la psychothérapie sont présentées: prise en compte du subjectif (au lieu d'essentiellement l'objectif), description qualitative (et non quantification),*

*focalisation sur les relations interpersonnelles, description (individualisée et guidée par une théorie) des troubles, des objectifs de la thérapie et des processus d'évolution, examen des résultats de la thérapie sans limiter ceux-ci à l'élimination des symptômes, soit en étudiant la manière dont les conditions initiales ont été restructurées. Au moment d'évaluer les résultats, il s'agit également de combiner les points de vue du patient, du thérapeute traitant et de l'observateur scientifique externe ou des institutions sociétales. Des exemples tirés de projets menés par l'auteur illustrent ce plaidoyer pour une recherche en psychothérapie qui tienne compte de la pratique.*

Taxonomie bedeutet in der Botanik/Zoologie die Klassifikation von Lebewesen oder in den Sprachwissenschaften die Klassifikation von Sprachelementen anhand von systematischen Kategorien. Wir dürfen uns also darunter einen Ordnungsversuch vorstellen, der Wert darauf legt, vor allem die Ordnungskriterien deutlich herauszuarbeiten. Mein Blick auf die „vielen Gesichter der Psychotherapie“ wird sich im wesentlichen auf die Psychotherapie-Outcome-Forschung beschränken und darin nach Ordnungsgesichtspunkten suchen. A. E. Meyer hat 1990 eine Taxonomie der bisherigen Psychotherapieforschung vorgelegt (Meyer, 1990), von der auch ich ausgehen werde. Mein Ziel ist jedoch nicht eine historische Darstellung zurückliegender Ansätze, sondern eine Diskussion der aktuellen Probleme in der Psychotherapieforschung. Die aktuelle Frage, die ich in den Mittelpunkt stellen werde, lautet: Wie kann Psychotherapieforschung unter den Bedingungen der psychotherapeutischen Praxis realisiert werden?

### **1. Beginn der Psychotherapieforschung: Die klassische Fallgeschichte**

An den Beginn stellt Meyer (1990) die klassische Phase der Psychotherapieforschung, die er bei Freuds Fallgeschichten beginnen läßt. Diese Form der Kasuistik stellt einen intraindividuellen Vorher-Nachher-Vergleich dar. Die therapiebedingten Veränderungen werden in Kategorien wie geheilt/gebessert/unverändert/verschlechtert beschrieben. Auf der Grundlage dieses kasuistischen Vorgehens legte z.B. Fenichel 1930 eine Leistungsbilanz der damals 10 Jahre bestehenden Berliner Psychoanalytischen Poliklinik vor.

Man darf sagen, daß diese Urmutter der Verfahren bis heute die Grundlage vieler unserer klinischen Beschreibungen in psychotherapeutischen Instituten, Praxen und Kliniken darstellt.

Die mögliche Kritik liegt auf der Hand: Sie betrifft z.B. den überwiegend retrospektiven Ansatz, mit seinem Risiko, im nachhinein bestimmte Erklärungen und Bewertungen vorzunehmen. Darüber hinaus ist die klassische Fallgeschichte ein vor allem literarisch gestaltetes Produkt, eine Novelle, und wie jede Erzählung versucht sie, ihren Leser durch ausgewählte Fakten zu faszinieren und argumentativ zu überzeugen. Die Fallgeschichte zielt nicht auf eine systematische Daten-

sammlung und selbstkritische Überprüfung von Annahmen, wie das die wesentlich später entwickelte Einzelfallstudie tut (Leuzinger-Bohleber, 1995; zur Diskussion des Themas Fallgeschichte vgl. den Sammelband von Stuhr und Denecke, 1993).

### **2. Die Phase der Rechtfertigungsforschung**

Ein zweiter Kritikpunkt betrifft den ausschließlich intraindividuellen Vergleich, der nicht in der Lage ist, zu klären, welche Veränderungen auf die Therapie zurückzuführen sind. Bekanntlich brachte Eysenck diese Kritik auf den Punkt, indem er die Behauptung aufstellte, die Psychotherapiewirkungen seien nicht größer als die der Spontanremissionen. Aus diesem Grund müßten Therapien kontrolliert durchgeführt werden. Bekanntlich irrte Eysenck bezüglich seiner Hypothese von der Spontanremission; Neurosen neigen stärker zur Chronifizierung als zum spontanen Abklingen. Eine Reihe von Untersuchungen beschäftigte sich kritisch mit Eysencks Auswertung und widerlegte seine Schlußfolgerungen (z.B. Dührssen und Jorswieck, 1962). Sein Postulat des Kontrollgruppenvergleichs fand jedoch allgemeine Zustimmung. Damit beginnt nach Meyer (1990) ein neuer Abschnitt der Psychotherapieforschung, die Rechtfertigungsphase. In ihrem Rahmen versuchen Psychotherapien ihre Wirksamkeit dadurch nachzuweisen, daß sie unbehandelte Patienten als Vergleichsgruppen heranziehen oder indem sie ein neu entwickeltes Verfahren mit bereits bestehenden vergleichen. Es geht also zum einen um den Nachweis, daß eine Therapie überhaupt wirksam ist und zum zweiten, daß sie im Wettbewerb besser abschneidet als andere. Als brauchbare Vergleichsgruppen galten Patienten, die behandlungsbedürftig krank sind, aber über eine Wartezeit hinweg noch nicht behandelt wurden (Wartekontrollgruppe), oder solche, die eine Placebo-Therapie oder eine therapy as usual erhalten.

Wir lassen die Problematik der Kontrollgruppe zunächst beiseite und bleiben bei dem Ansatz der Legitimationsphase. Die vergleichende Bewertung der Wirksamkeit wurde möglich durch den Einsatz der *Effektstärke* als einer Größe, die für unterschiedliche Verfahren ermittelt werden kann. Damit ist eine Voraussetzung geschaffen für die Durchführung von Metaanalysen der publizierten Studien (z.B. Smith und

Glass, 1977; Wittmann und Matt, 1986; Lipsey und Wilson, 1993). Als ein Ergebnis dieser Übersichten läßt sich das festhalten, was Meyer (1990) als Äquivalenzparadox bezeichnet hat: Es gibt keine wirklich überrasgenden Sieger im psychotherapeutischen Wettbewerb, alle haben einen Preis gewonnen, wie Luborsky et al. (1975) in Anlehnung an Rosenzweig bemerkten. Der Wettkampf ist damit allerdings nicht friedlich beigelegt, sondern kann unter berufspolitisch verschärften Bedingungen jederzeit aufflammen, wie wir am Beispiel der vieldiskutierten Grawe-Publikation erleben konnten (Grawe et al., 1994).

### 3. Die Phase der differentiellen Psychotherapie-Effizienzforschung

Unter dem Aspekt der Legitimation war die Feststellung, daß die meisten Psychotherapien wirksam sind, beruhigend, unter Forschungsaspekten blieb sie unbefriedigend. So entwickelten sich in einer dritten Phase neue Ansätze, die nun vor allem nach Differenzierungen fragten: Welche spezifischen Störungen, welche therapeutischen Ansätze, welche Einflüsse der Therapeutenpersönlichkeit, Behandlungsergebnisse auf welchen Ebenen, welcher übergreifende Nutzen im Sinne von Effizienz lassen sich erreichen? Diese differenzierte Psychotherapie-Effizienzforschung erbringt nun keine Ergebnisse mehr, die rechnerisch komprimiert werden können zu einem Gesamtwert, sondern Ergebnisse, welche die vielfältigen spezifischen Bedingungen beleuchten, unter denen Therapien wirksam werden. Dabei spielt auch über die reine Outcome-Forschung hinaus die Einbeziehung der Prozeßforschung eine wichtige Rolle, d.h. die Untersuchung der Veränderungsschritte im einzelnen, des „process of change“ (vgl. z.B. Greenberg et al., 1993). Darüber hinaus erfolgt eine Ausweitung in Richtung auf die Versorgungsforschung, d.h. die wissenschaftliche Evaluation und politische Planung des Gesundheitssystems (vgl. Newman und Howard, 1986; Newman und Tejada, 1996; Barlow, 1996).

Als ein weiterer Gesichtspunkt ist die verstärkte Aufmerksamkeit für den *Zeitfaktor* in der Therapie zu nennen. Da ist zum einen die Zeit nach der Behandlung: Therapiewirkungen bestätigen sich erst in der therapiefreien Zeit, das bedeutet, daß Follow-up-Untersuchungen in angemessener Zeit nach Therapieende erforderlich sind. Fiel der Patient in dieser Zeit in das frühere dysfunktionale Verhalten zurück, sind die alten Symptome wieder aufgetreten oder lassen sich Stabilisierungen und progressive Weiterentwicklungen beobachten? Vieldiskutiert ist die Frage der angemessenen Follow-up-Zeit. Wenige Monate sind zu kurz, weil der Patient noch nicht genug Zeit hatte, seine Therapieerfahrung in das Alltagsleben umzusetzen, dafür braucht er 1–2 Jahre. Je länger der Katamnesenzeitraum jedoch angesetzt wird, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, daß manche Patienten neue Therapien begonnen haben, sodaß die Wirkung der einzelnen Therapie nicht mehr identifiziert werden kann. Langzeitkatamnesen über 10–15 Jahre hinweg tragen weniger zur Evaluierung der einzelnen Therapie bei als zum Verständnis langfri-

stiger Krankheitsverläufe, wie sie z.B. für Anorexien untersucht wurden (Deter und Herzog, 1995).

Verständlicherweise betrifft das Zeitthema nicht nur die Follow-up-Zeit, sondern auch die Zeitdauer der Therapie, weil über die epochal-typische Formel „Zeit ist Geld“ damit gleichzeitig der Kostenaufwand für eine Behandlung gemeint ist. Mit der zunehmenden Bewußtheit des Kostenfaktors im Gesundheitswesen gewinnt die Effizienzfrage an Bedeutung: Was nutzt eine Therapie im Verhältnis zu dem, was sie kostet? In Analogie zu den verabreichten Medikamenten versucht man Dosis-Wirkungs-Zusammenhänge zu ermitteln (Howard et al., 1986). Die Kostenträger fragen verständlicherweise nach dem preisgünstigsten Angebot für ein gutes Therapieergebnis. Aus dem Alltagsleben weiß man allerdings, daß eine Firma, die mit dem billigsten Angebot den Zuschlag erhalten hat, nicht immer die solideste Arbeit abliefern kann, sondern eventuell große Folgekosten produziert.

Die Befunde der differentiellen Psychotherapie-Effizienzforschung versuchen somit zum einen, die spezifischen Wirkfaktoren, Wirkgrößen und Kosten einzelner Verfahren zu erfassen. Orlinsky und Howard (1986) haben sie in einem „Generic Model of Psychotherapy“ zusammengefügt. Zum anderen werden mehr und mehr gemeinsame Faktoren identifiziert, die allen Therapien gemeinsam sind (Grawe, 1995).

### 4. Die Phase der praxisbezogenen Psychotherapieforschung

In Ergänzung zu diesen drei genannten Forschungsabschnitten – Fallgeschichte, Legitimation und Differenzierung – möchte ich nun eine vierte Phase skizzieren: Es ist jene der praxisbezogenen Psychotherapieforschung. So wie die vorgenannten Abschnitte einander nicht völlig abgelöst und das Vorgegangene überflüssig gemacht haben, so bedeutet auch diese neue Phase am ehesten eine Akzentverschiebung in vielerlei Hinsicht.

Die vorausgegangenen Abschnitte, die sich im eigentlichen Sinne als empirische Forschung verstehen, basieren überwiegend nicht auf Psychotherapien, die unter naturalistischen Bedingungen durchgeführt wurden, vielmehr wurden viele Studien gewissermaßen unter Laborbedingungen realisiert. Das ist ihre Stärke und Schwäche zugleich. Ihre Stärke ist die Verpflichtung auf wissenschaftliche Exaktheit, ihre Schwäche ist eben jene Künstlichkeit, die jedem Experiment eigen ist.

Hier stehen wir vor dem Graben, der Forschung und Praxis trennt. Psychotherapieforschung wird in Institutionen nach Regeln der empirischen Forschung durchgeführt, die psychotherapeutische Praxis folgt ihren eigenen, ganz andersartigen Regeln.

Empirische Psychotherapieforschung beruft sich auf die Regeln naturwissenschaftlich-medizinischer Forschung und versucht, die Praxis danach zu evaluieren. Dabei sind die Verhältnisse ganz verschieden: In der Medizin werden z.B. Pharmaka im Labor entwickelt, im Tierversuch geprüft, in klinischen Studien untersucht, danach für den Markt zugelassen und in den Praxen vor

allem auf Verträglichkeit und Nebenwirkungen hin evaluiert. Unter den Psychotherapien dürfte es hierzu wenige geben, die auf diese Weise labormäßig synthetisiert und dann in die Praxis eingeführt wurden, vor allem nicht im tiefenpsychologischen und humanistischen Bereich. Wenn nun die Psychotherapie der Praxis und die Psychotherapieforschung des institutionellen Labors unter derart unterschiedlichen Bedingungen stattfinden, versteht sich die wechselseitige Distanziertheit der Vertreter beider Gruppen. Sie leben in verschiedenen Welten und betrachten einander nicht selten mit Mißtrauen: Die Praxistherapie erscheint den Wissenschaftlern wissenschaftlich eher dubios, die wissenschaftliche Therapie ist für die Praktiker praktisch ohne große Bedeutung. Zudem ist ihnen das Top-Down-Modell der Forschung, welches von oben her möglichst viel Kontrolle über alle Beteiligten auszuüben versucht, eher unheimlich.

Dennoch hat in den letzten Jahren doch eine verstärkte Annäherung beider Bereiche stattgefunden; dies nicht zuletzt unter berufspolitischen Zwängen. Die Wissenschaft möchte ihre Praxisrelevanz vergrößern, die Praktiker wollen die Effektivität ihres Tuns nicht bloß als subjektive Evidenz erfahren, sondern wissenschaftlich beglaubigt sehen (Rudolf, 1990, 1996).

### 5. Methodische und praktische Probleme der Praxisforschung

Es ist unübersehbar, daß die Zeit reif ist für eine praxisbezogene Psychotherapieforschung, die, wenn nicht an die Stelle, so doch an die Seite der bisher herrschenden Forschung mit ihrem Ideal des randomized clinical trial tritt, wie z.B. Goldfried und Wolfe (1996) betonen. Die Zeit ist auch reif für eine wissenschaftliche Selbstreflektion der psychotherapeutischen Praxis, die sich nicht länger in die Ecke unwissenschaftlicher Glaubensgemeinschaften stellen lassen will. Was nun die Vorgehensweise in diesem neuen Ansatz betrifft, so ist man sich darüber durchaus noch nicht einig; man weiß eher, was man nicht mehr tun wird und welche Forderungen man nicht akzeptieren kann. So liegt die Hauptaktivität der schulengebundenen Therapeutengruppen zur Zeit häufig noch in der Gegenwehr (z.B. Kächele, 1995; Leichsenring, 1996; Mertens, 1994a, 1994b; Schneider, 1996; Tschuschke et al., 1994). Man verteidigt sich gegen solche Autoren, die beanspruchen, aufgrund ihres Empirieverständnisses alles zu eliminieren, was aus ihrer Sicht nicht einer wissenschaftlich akzeptierten Therapieform anhängt. So fordern Grawe et al. (1994) global, „das Denken in den Begriffen der bisherigen Therapieformen endgültig zu begraben“. Ebenso plädiert Grawe für die Abschaffung der schulengebundenen Gruppen zugunsten einer neuen übergeordneten Psychotherapie, für die er die allgemeinen Regeln schon definiert hat.

Die weiterhin existierenden Gruppierungen der psychotherapeutischen Praxis stehen also vor der Aufgabe, die Wirksamkeit ihrer Therapien aufzuzeigen, und zwar mit Hilfe solcher Verfahren, die in einem Konsens als wissenschaftlich anerkannt sind. Der Konsens ist noch nicht endgültig erzielt, aber die Diskussionen sind leb-

haft in Zeitschriften, Büchern und nicht zuletzt im Internet im Gange. Einen kühnen Griff ins Wespennest tat Martin Seligman, als er 1995 im Rahmen der Consumers Report-Studie für alle überraschend feststellte, daß das bisher als einzig wissenschaftlich anerkannte Verfahren der klinischen randomisierten Studie nicht das geeignete Mittel sei, um die Psychotherapie in der Praxis zu evaluieren. Der klinischen Studie (hier als efficacy study bezeichnet) stellt er die naturalistische Wirksamkeitsstudie (effectiveness study) gegenüber. Nach Seligmans Überzeugung kann die efficacy study nur bei kurzen, einfachen, nicht teuren Therapien Anwendung finden, wo unter randomisierten, kontrollierten Bedingungen manualisierte Therapien bei Personen durchgeführt werden, die er als clinical volunteers mit wohldefinierter Störung charakterisiert. Unter Praxisbedingungen, wo bei *echten* Patienten mit *multiplen* Störungen *langdauernde* Therapien durchgeführt werden, ist keine Manualisierung der Therapie, keine Randomisierung der Stichproben und meist auch keine Kontrollgruppenbildung möglich. Darüber hinaus äußert er die Meinung, daß efficacy studies keineswegs den effectiveness studies überlegen seien, wenn es gelte, nachzuweisen, ob eine Therapie wirke. Solange es den Efficacy-Methoden erlaubt sei, den Terminus „empirische Validierung“ für sich allein zu beanspruchen, könne z.B. Langzeittherapie empirisch nicht validiert werden (Seligmann, 1995, 1996).

Es versteht sich, daß diese Äußerungen keineswegs unwidersprochen blieben. Seligman sei jemand, heißt es in einem Themenheft des „American Psychologist“ (Okt. 1996), der mit Bravour durch das methodische Minenfeld reite. Es wird die Befürchtung geäußert, daß mit den Befürwortungen Seligmans der Schritt in die Pseudowissenschaftlichkeit getan werde: „Alles was von dem rigorosen wissenschaftlichen Standard bei der Untersuchung des Psychotherapieerfolgs wegführt, bedeutet einen riesigen Schritt weg vom Rest der medizinischen Forschung“ und führt letztlich „zum Verlust der wissenschaftlichen Glaubwürdigkeit“, betonen Mintz et al. (1996). Jacobsen und Christensen (1996) unterstreichen, daß randomisierte Studien alle Fragen zur PsychotherapieWirksamkeit beantworten können.

Seligmans Äußerungen kollidieren mit einem zentralen methodischen Postulat, das schon von Eysenck vertreten worden war und das bis heute in der von der akademischen Psychologie beeinflussten Therapieforschung vorherrscht: der Dominanz des Formalen (d.h. des Zählens und Messens) über das Inhaltliche (das empathische Erleben und Verstehen von Menschen) und die Vorherrschaft des Experiments und der Hypothesenprüfung über alle anderen Formen wissenschaftlichen Erkenntnisgewinns.

Daß die bisher vorherrschenden Forschungspostulate am ehesten in der dazu passenden Verhaltenstherapie realisiert werden konnten und bei anderen Therapieformen ganz und gar nicht greifen, wurde z.B. von Grawe im Sinne einer wissenschaftlich nachgewiesenen Überlegenheit der Verhaltenstherapie interpretiert. Auch dieser Schlußfolgerung wird von Seligman nachdrücklich widersprochen.

## 6. Prinzipien der Praxisforschung

Ich will die sichtbar werdenden Alternativen für die Praxisforschung deutlich machen, indem ich zunächst den traditionellen empirischen Ansatz der Psychotherapieforschung in einem Überblick darstelle und ihn anhand der einzelnen Punkte diskutiere (Tabelle 1).

Methodische Grundsätze und daraus abgeleitete Verfahren als Aspekte des Formalen stehen in der empirischen Forschung an erster Stelle. Dagegen haben in der Praxis Probleme des Patienten und therapeutische Lösungsansätze Priorität. Forschung in der Praxis soll nicht Grundlagenwissen vermehren, sondern Handlungswissen optimieren. Somit kann die Praxisforschung nicht nach den Regeln der Grundlagenforschung erfolgen. Wenn aber das Inhaltliche in den Vordergrund rückt, dann ist an erster Stelle nicht die Methodik, sondern das Menschenbild zu diskutieren. Wir werden also das Schema von hinten nach vorne diskutieren müssen.

### *Menschenbild*

Die symptomzentriert definierten Störungsbilder des DSM oder ICD benötigen kein Menschenbild, sondern sie verstehen sich als theoriefreie Deskriptionen. Implizit werden am ehesten biologisch-kybernetische Modelle im Hintergrund sichtbar. Demgegenüber gilt es, in der Praxisforschung das einzubeziehen, was z.B. kulturwissenschaftlich, anthropologisch oder philosophisch über die Situation des Menschen gesagt werden kann. Ich nenne einige Stichworte, welche zusammengenommen erkennen lassen, wie sehr Menschen jeweils nur in einem situativen Kontext zu verstehen sind (Tabelle 2).

Damit sind nur einige Beispiele genannt, die in den Konzepten der akademischen Psychologie und der klassischen empirischen Psychotherapieforschung eine geringe, in den praktizierten Psychotherapien jedoch eine essentielle Rolle spielen.

### *Konzepte der Störung, Konzepte der Heilung*

Diskussionswürdig ist das Konzept der Störung. Klinische Studien richten ihre therapeutische Aktivität auf ausgelesene Patienten mit klar definierten symptombezogenen Störungen, wie sie die operationalisierten Systeme DSM oder ICD vorgeben. Ihre Ergebnisse sprechen von der Behandlung der Angst, der Depression, der Migräne etc. Aus der Sicht der Praxis gibt es diese symptomhomogenen, monosymptomatischen Patienten selten. Die meisten Patienten haben mehrere Störungen der DSM-Achse 1, und gleichzeitig liegen bei einem Teil der Patienten Persönlichkeitsstörungen der Achse 2 vor. Weitere Aspekte der Persönlichkeit, welche nach klinischer Erfahrung für die Schwere der Erkrankung und für das Gelingen oder Mißlingen von Therapien entscheidend sind (wie z.B. dysfunktionale Beziehungsmuster oder strukturelle Störungen der Identität, Steuerung, Internalisierung etc.), werden in den genannten Diagnosesystemen nicht berücksichtigt. Die schulenbezogenen Psychotherapien, die ihre Therapieziele nicht nur auf Symptombeseitigung, sondern auf Persönlichkeitsveränderung ausrichten, ste-

**Tabelle 1.** Traditionelle Ansätze der Psychotherapieforschung

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| 1. Allgemeine methodische Grundsätze | Grundlagenwissenschaftliche Ausrichtung<br>Exaktheit der Meßmethodik vorrangig<br>Konzentration auf quantifizierbare Ergebnisse<br>Objektivierung von Fakten<br>Erfassung von überindividuellen Regelmäßigkeiten<br>Ausschaltung subjektiver Störquellen<br>Einklang von Forschungsansatz und Therapieform |
| 2. Spezielle Verfahren               | Klinische Studien<br>prospektiv<br>kontrolliert<br>randomisiert<br>klar umschriebene, monosymptomatische Störungsbilder (Analogie: Pharmakastudien)  |
| 3. Therapie                          | Einklang von Therapieform und Forschungsansatz<br>Annahme von der Wirksamkeit der „Technik“ (Analogie: Ingenieurwissenschaften)<br>Durchführung geplanter Vorgehensweisen (manualisierte Therapien)<br>Therapieziel symptomzentriert<br>Therapiezeit konstant, kurz  |
| 4. Störung                           | Symptomzentrierte, theoriefreie Operationalisierungen von Störung<br>Prinzip der Komorbidität mehrerer Störungen   |
| 5. Menschenbild                      | Naturwissenschaftlich, biologisch (Ursache-Wirkungs-Ketten mit Rückkopplungsschleifen; Reflexbildungen, Lernprozesse)  |

**Tabelle 2.** Psychotherapeutisch bedeutsame Aspekte des Menschenbildes

- |  |
|--|
| – Die Subjekthaftigkeit des Erlebens   |
| – Die Symbolfähigkeit, welche ein diskursives Symbolsystem (die Begriffssprache) und ein präsentatives Symbolsystem (die bildhaften Vorstellungen) einschließt |
| – Das Verwobensein von sekundärprozeßhaft-logischem Denken und primärprozeßhaft-prälogischen Vorstellungen   |
| – Das Miteinander von bewußten Intentionen und vorbewußten Fantasien in der Beziehungsgestaltung   |
| – Das Verlangen nach evidenten Erklärungen und Sinnstiftungen für die eigene Situation und die Ereignisse der Welt   |
| – Die beständige Zukunftsorientierung (das Prinzip Hoffnung)   |
| – Die Ausgestaltung von Selbstentwürfen  |
| – Das bewußte Erleben der Zeitlichkeit, Begrenztheit und damit Sterblichkeit   |

hen daher vor der Aufgabe, ihre jeweiligen Konzepte der Persönlichkeit, Persönlichkeitsentwicklung und deren Störungen vor dem Hintergrund eines Menschenbildes zu explizieren. Erst auf dieser theoretischen Grundlage wird es ihnen möglich, Modelle der Therapie, der Therapieziele, der therapeutischen Veränderungsprozesse und der Therapieergebnisse zu entwerfen (im Sinne der pathology-treatment-outcome-Kongruenz nach Strupp

**Tabelle 3.** Schulenspezifische Beschreibungen als Voraussetzung für Operationalisierung

- 
- Theorie der Störung
  - Theorie der Persönlichkeit
  - Theorie des Menschen
  - Theorie der therapeutischen Zielsetzung
  - Theorie der therapeutischen Veränderungsprozesse
  - Theorie des therapeutischen Ergebnisses
- 

et al., 1988). Erst auf dieser konzeptuellen Basis können jene Operationalisierungen vorgenommen werden, mit deren Hilfe sich empirische Forschung betreiben läßt (Rudolf et al., 1997). Als Beispiel nenne ich das von uns mitentwickelte System der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (Arbeitskreis OPD, 1996; Grande et al., 1998; Rudolf et al., 1995, 1998a) (Tabelle 3).

Therapieziele (und Ergebnisse) der Praxis erstrecken sich über die Symptomminderung hinaus auch darauf, wie der Patient die individuellen Gegebenheiten seines Lebens, seiner aktuellen sozialen Situation, seiner Lebensgeschichte erfährt und meistert. Das bedeutet auch, daß vorrangig *Qualitäten* im Vordergrund stehen, die in begrenztem Maße quantifiziert werden können (z.B. die Erfassung von Lebensqualität).

Das *Individuelle* und *Subjektive* gewinnt dabei weit aus größere Bedeutung als das Allgemeine und Objektive. Daraus folgt auch, daß pathologische Befunde, Therapieziele und Behandlungsergebnisse individualisiert beschrieben werden müssen. So gewinnt dann der einzelne Fall ein weitaus größeres Gewicht (z.B. als single case study) als der Durchschnitt aller Fälle oder Verläufe (s. dazu ausführlich den Beitrag von Leuzinger-Bohleber in diesem Heft).

#### *Therapeuten, ihre „Technik“ und die Zeit*

Für die therapeutische Umstrukturierung des Patienten spielt die Behandlungstechnik des Therapeuten eine Rolle, aber als weitaus wichtiger wird der Einfluß der therapeutischen Beziehung zwischen den beteiligten Subjekten eingeschätzt. Die therapeutische Beziehung ist nicht akzidentell im Sinne der Compliance (der Patient muß mitmachen, damit die Technik des Therapeuten wirksam wird), sondern sie hat für die Effektivität der Behandlung zentrale Bedeutung. Der Therapeut als Person und die intersubjektive Beziehung sind in den praktischen Psychotherapien das eigentliche Behandlungsinstrument und nicht so sehr die Technik der Intervention. Damit erweist sich die oft gebrauchte *Ingenieursmetapher* als ungeeignet. In ihr tut der Therapeut ähnlich wie der Ingenieur das Richtige, er dreht gewissermaßen an der richtigen Schraube und „behandelt“ auf diese Weise den Patienten. Auch die *Pharmakonmetapher* ist wenig hilfreich, nach der die Psychotherapie ähnlich wie ein Medikament verabreicht wird. Zwar ist auch die Beziehung zwischen Patient und Psychotherapeut asymmetrisch, doch enthält sie viele Aspekte eines interpersonellen Aushandlungsprozesses, in dem der Patient nicht Objekt der Behandlung, sondern selber Handelnder ist. So steht in der Praxis

nicht die Technik des Therapeuten oder das Medikament Psychotherapie zur Beforschung an, sondern die Entwicklung einer effektiven therapeutischen Beziehung, aus der heraus die spezifischen therapeutischen Interventionen wirksam werden können.

Was die Intensität der Behandlung anbetrifft, so geht es bei der *Dosis* des Medikaments Psychotherapie im wesentlichen um die *Zeit*, die der Patient für seine Entwicklung zur Verfügung hat. Jeder praktizierende Therapeut weiß, daß unterschiedliche Patienten verschieden lange Zeiten benötigen, um eine Entwicklung zu realisieren. Die symptomzentrierte Sicht der klassischen vergleichenden Studie hat dafür keine Wahrnehmung, sodaß Grawe behaupten kann: „Es gibt keinen einzigen empirischen Beleg dafür, daß lange Therapien irgendetwas positives bewirken, was nicht mit kürzeren Therapien gleich gut oder besser erreicht werden kann. Die von vielen psychoanalytischen Therapeuten auch heute noch vertretene Auffassung, schwergestörte Patienten brauchten langjährige Therapien, ist eindeutig widerlegt“ (Grawe et al., 1994). Grawe übersieht dabei, daß randomisierte Studien nur bei Kurzzeitpsychotherapie durchgeführt wurden, sodaß der Zeitfaktor nie wirklich überprüft werden konnte (s. dazu Kächele et al., unveröffentlicht).

#### *Das subjektive Engagement des Patienten*

In der medizinischen Behandlung gibt es Substanzen, bei denen die objektive Wirksamkeit bedeutsamer ist als die subjektive Bereitschaft des Patienten. Das gilt z.B. für Narkotika, hochpotente Neuroleptika, für Stoffe wie Adrenalin, Insulin etc. Bei einem weiteren Teil der Pharmaka dürfte bereits ein Zusammenspiel von objektivierbarer Wirksamkeit und subjektiver Verarbeitungsweise des Patienten gegeben sein. Hier geht es darum, wie zuverlässig der Patient das Medikament einnimmt, wie gut er es verträgt, welche Erwartungen er auf es richtet und welche Befürchtungen und Vorerfahrungen er bezüglich der Nebenwirkungen hat.

Psychotherapie ist in jedem Fall ein Heilmittel, das nur in Verbindung mit der psychologischen Einstellung des Patienten zu einer Wirkung gelangen kann. Ein Patient, der sich bewußt oder unbewußt gegen Psychotherapie einstellt, ist wie jemand, der die Tablette nicht schluckt oder die Injektionspritze aus der Hand schlägt. Medikamente oder Injektionen können dem Patienten notfalls gegen seinen Willen oder bei Bewußtlosigkeit ohne sein Zutun zugeführt werden, bei Psychotherapie ist das nicht möglich.

Es gibt keine Psychotherapie ohne das Einverständnis und die aktive Mitarbeit des Patienten. Mehr noch, die Bereitschaft des Patienten baut sich in der Regel lange vor der Therapie auf; manchmal kann dieser Prozeß Jahre dauern. In der Auseinandersetzung mit seinen behandelnden Ärzten, mit Angehörigen und mit sich selbst entwickelt der spätere Psychotherapiepatient eine subjektive Krankheitstheorie, welche zwischen somatischen Konzepten und psychologischen Krankheitsüberzeugungen variiert und möglicherweise in eine psychotherapeutische Therapieerwartung einmündet. Von außen betrachtet, handelt es sich um die

„Psychotherapiemotivation“ des Patienten. Diese Erwartung ist oft spezifisch auf ein bestimmtes Behandlungsverfahren und eine bestimmte Therapeutenperson ausgerichtet. Patienten und Therapeuten müssen in ihrer initialen Begegnung einen Konsens über Behandlungsbedürftigkeit, Behandlungsverfahren und Behandlungsziele erarbeiten und so eine therapeutische Arbeitsbeziehung aufbauen oder gegebenenfalls davon Abstand nehmen und sich voneinander trennen (zur Entwicklung der therapeutischen Arbeitsbeziehung vgl. Rudolf, 1991).

## 7. Die klinische Studie aus der Perspektive der praktischen Psychotherapie

Über lange Zeit wurde die experimentelle Methode der klinischen randomisierten Studie als ein Goldstandard angesehen, welcher allein geeignet sei, die wissenschaftliche Wahrheitsfindung zu fördern. Viele Gremien der Forschungsförderung, der Publikationsorgane oder der metaanalytischen Literaturrecherche handeln aus dieser Überzeugung heraus. Für sie stand fest, wie Black (1996) kritisch anmerkte, daß jede therapeutische Intervention in einer randomisierten Studie analysiert werden kann und daß jene, die es nicht tun, einfach

**Tabelle 4.** Die Klinische Studie schafft eine für die Praxis untypische Situation

- *Untypische Patienten:* Patienten für klinische Studien sind schwer zu finden, z.B. werden Privatpatienten in der Regel nicht einbezogen; häufig handelt es sich nicht um „richtige Patienten“, sondern um clinical volunteers.
- *Untypische Störungen:* Die vielfältigen komplexen Störungsbilder werden für die Zwecke klinischer Studien auf ein Leitsymptom reduziert, oder es werden die seltenen reinen Fälle monosymptomatischer Störungen ausgewählt.
- *Untypische Therapien:* In der Regel wird eine innovative Therapie von enthusiastischen und besonders qualifizierten, engagierten Therapeuten, d.h. unter eher ungewöhnlichen Bedingungen durchgeführt und der Standardtherapie („as usual“) gegenübergestellt. Therapeutische Vorgehensweisen werden in untypischer Weise auf wenige Techniken eingeschränkt.
- *Untypischer Zeitrahmen:* Der zeitliche Rahmen von Therapien wird kurz gehalten und starr festgelegt, während er in der Praxistherapie über lange Zeit geht und variabel gehalten wird.
- *Untypische Kontexte:* Durch die systematische Ausschaltung subjektiver Faktoren wie persönlicher Vorlieben, Überzeugungen, Motivationen für bestimmte Therapieverfahren auf Seiten von Patienten und Therapeuten wird versucht, eine möglichst neutrale, gewissermaßen kontextlose Situation zu schaffen, die es in dieser Form nirgendwo wirklich gibt.
- *Untypische Outcome-Kriterien:* Wirkungen und Nebenwirkungen einer Therapie zeigen in der Regel eine große Bandbreite und Komplexität, die in randomisierten Studien nicht berücksichtigt werden kann – hier wird der Erfolg an einem Hauptzielkriterium festgemacht; seltene Ereignisse können nicht erfaßt werden; Langzeiteffekte von Therapien lassen sich aus praktischen und finanziellen Gründen nicht untersuchen.

nicht genügend Anstrengungen unternommen haben oder methodisch inkompetent sind.

Heute wird von einer ganzen Reihe von Wissenschaftlern aus der Psychotherapieforschung oder aus weiter abliegenden Gebieten wie der Gesundheitssystemforschung die Meinung vertreten, daß die Ergebnisse randomisierter Studien in vielen Bereichen – genannt werden Physiotherapie, Chirurgie, Psychotherapie etc. – nicht generalisiert werden können, also eine geringe externe Validität aufweisen. Der Grund dafür liegt in der Tatsache, daß die Ergebnisse unter Bedingungen gewonnen werden, die für die naturalistische Situation der Praxis untypisch sind, also auch nicht auf sie angewendet und generalisiert werden können (Black, 1996; Kordy und Kächele, 1996; Schwartz et al., 1997). Randomisierte klinische Studien spiegeln somit eine in vielen Bereichen für die Praxis untypische Situation wider (Tabelle 4).

Angesichts dieses Sachverhaltes folgert Black (1996), die Probleme der randomisierten Studie ließen sich darauf zurückführen, daß eine gut entwickelte wissenschaftliche Methode der Pharmakaforschung unkritisch auf die Evaluierung anderer Gesundheitstechnologien und Gesundheitssysteme übertragen werde. Es bleibe offen, inwieweit die Ergebnisse, die randomisierte Studien unter ihren speziellen Bedingungen erbracht haben, wirklich auf die Praxissituation übertragen und verallgemeinert werden können. Black äußert die Überzeugung, daß der Wert therapeutischer Maßnahmen im Gesundheitssystem durch empirisch sorgfältige Beobachtungsstudien häufig sehr viel besser erforscht werden könne als durch das Festhalten an den aus vielen Gründen ungeeigneten randomisierten Studien (Black, 1996).

## 8. Folgerungen für die Praxisforschung

Aus der Diskussion der klassischen empirischen Ansätze läßt sich ableiten, daß für die praxisbezogene Psychotherapie Untersuchungsstrategien um so angemessener sind, je eher sie folgende Gesichtspunkte berücksichtigen (Tabelle 5).

Unter Berücksichtigung dieser Prinzipien müssen die einzelnen Schulen oder Psychotherapiegruppen vor allem klären, welche Therapieziele der *Umstrukturierung* sie über die Symptomminderung hinaus anstreben. Dabei geht es bei den psychodynamischen Gruppierungen um die Umstrukturierung der Persönlichkeit durch die Integration von bisher beiseite gehaltenen Motiven und Gefühlen, die im Rahmen einer therapeutischen Beziehung zur Sprache gebracht, akzeptiert und verstanden werden. In der Sprache der Gesprächstherapie handelt es sich um größere Kongruenz von Erfahrung und Selbstbild, um ein verändertes Selbstkonzept und eine in Gang gesetzte Selbstentwicklung. In der Sprache der Verhaltenstherapie geht es um Lernprozesse zur Überwindung dysfunktionaler Verhaltensmuster.

Die Schulen und Gruppen müssen ferner zeigen, welcher Zusammenhang zwischen ihrem schulenspezifischen Ziel der Persönlichkeitsveränderung besteht und dem, was als Heilung, Besserung, Gesundung von

**Tabelle 5.** Postulate für die Praxisforschung

- Berücksichtigung des *Subjektiven* (statt ausschließlicher Objektivierung)
- Beschreibung von *Qualitäten* (statt ausschließlicher Quantifizierung)
- Fokussierung auf interpersonelle *Beziehung* (statt auf die Person des Patienten und seine Krankheit)
- Berücksichtigung situativer *Kontexte* (motivationaler, emotionaler, biografischer, sozialer Art etc.) auf Seiten von Patienten und Therapeuten
- *Theoriegeleitete* und *individualisierte* Beschreibung von
  - Persönlichkeit und Störung
  - Therapiezielen
  - therapeutischen Veränderungsprozessen (Umstrukturierung)
  - Therapieergebnissen
- Untersuchung des Zusammenhangs von
  - Symptombesserung, Umstrukturierung, subjektivem Befinden, Krankheitsverhalten (*Effektivität*)
- Therapieaufwand und Auswirkungen auf den Lebensalltag, inkl. Kosten (*Effizienz*)

Krankheit bezeichnet wird. Sie müssen deutlich machen, welchen Zeitaufwand (Geldaufwand) sie für die Umstrukturierung und Heilung der Persönlichkeit benötigen und welche Zeit die Umstrukturierung und Besserung vorhält, d.h. welche weiteren Behandlungen eventuell erforderlich werden.

### 9. Die Bandbreite empirischer Ansätze in der Psychotherapieforschung

Für die praktische Durchführung von Studien gilt es nun, die neueingeführten Gesichtspunkte des Subjektiven, Qualitativen, Theoriegeleiteten vorsichtig mit den eher normativen Ansätzen der Tests und Rating-Scales in Verbindung zu bringen. Es gibt nach meiner Überzeugung keine eindeutige *Hierarchie* von empirischen Methoden, sondern eine *Bandbreite* von gleichberechtigten Ansätzen, die jeweils unterschiedliche Chancen eröffnen und an unterschiedliche Grenzen stoßen. Für eine Therapiestudie in der Praxis gilt es, aus diesem Methodenarsenal solche Ansätze auszuwählen und miteinander zu verknüpfen, die der jeweiligen Aufgabenstellung und dem jeweiligen Gegenstand angemessen sind. Ich nenne stichwortartig empirische Ansätze:<sup>1</sup>

#### a) Quantitativ-experimenteller Ansatz

Er strebt die Objektivierung des Gegebenen und die Aufdeckung von Regelmäßigkeiten unter experimentellen Bedingungen an (Typus der randomisierten klinischen Studien). Sein Vorteil: Einzelne Variablen können präzise, d.h. objektiv und reliabel untersucht werden, die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist jedoch fraglich.

<sup>1</sup> Siehe die ausführlichere Zusammenstellung im Anhang („Unterschiedliche empirische Ansätze in der Psychotherapieforschung“).

#### b) Quasi-experimenteller Ansatz

Wie 1., die Ergebnisse werden jedoch unter weniger strikten Bedingungen, z.B. im Vergleich zweier gematchter Stichproben analysiert.

#### c) Quantitativ-korrelativer Ansatz

Hier erfolgt die quantitative Deskription unter naturalistischen Bedingungen, im Gegensatz zur randomisierten Studie kann der optimale Therapieeffekt unter naturalistischen Bedingungen erfaßt werden. Verknüpfungen mit anderen Ansätzen sind wünschenswert.

#### d) Bimodaler (qualitativ-quantitativer) Ansatz

Hier erfolgt eine vorsichtige Objektivierung des Subjektiven und Interpersonellen anhand von operationalisierten Konzepten. Es besteht eine hohe klinische Validität, die Erreichung der Reliabilität bedarf besonderer Beachtung.

#### e) Qualitativ-typisierender Ansatz

Er beschreibt das Subjektive und Individuelle durch das Ordnen und Typisieren von Phänomenen. Als Ergebnis entstehen Typen von Qualitäten, nicht Maßzahlen. Die Verknüpfung mit quantitativen Ansätzen erscheint wünschenswert.

Lassen Sie mich abschließend einige Beispiele aus unseren Forschungen anführen, die wir in Kooperation von Praxis und Klinik durchführen und in denen wir unterschiedliche methodische Ansätze kombinieren.

In einer Langzeitstudie an Psychoanalysen und analytischen Psychotherapien stützen wir uns auf regelmäßige, d.h. vierteljährliche oder halbjährliche Erhebungen auf den obengenannten vier Ebenen und versuchen so, nicht nur ein Ergebnis abzubilden, sondern vor allem das Zustandekommen des Ergebnisses im Therapieprozeß nachzuzeichnen (Grande et al., 1997) (Tabelle 6).

*Perspektive des Patienten:* Der Prä-Post-Vergleich von Befunden aus der Patientenperspektive ist ein traditionelles Vorgehen, welches vor allem die Symptombesserung abbilden kann. Ein gutes Therapieergebnis beinhaltet in der Skala PSKB-Se signifikante Verbesserungen sowohl in den Symptomskalen wie in den Persönlichkeitsskalen; die Werte bei Therapieende liegen im Bereich der Angaben des Bevölkerungsdurchschnitts.

*Perspektive des Psychoanalytikers:* Anhand von fortlaufenden Berichten in Gestalt von freien Narrativen über therapeutische Interaktionen oder halbstrukturierten Angaben über therapeutische Entwicklungen werden mit Hilfe von qualitativ-textanalytischen Auswertungsverfahren prozeßhafte Entwicklungen und Verlaufstypen identifiziert. Sie zeigen, wie aus der Sicht des Psychoanalytikers das abschließende Ergebnis zustandekommt.

*Perspektive des Untersuchers:* Die Therapiepatienten werden in zunächst viertel-, dann halbjährlichen Abständen in der Forschungsgruppe untersucht. Anhand eines Beziehungsepisodeninterviews erfolgt die

Tabelle 6. Einschätzungen aus unterschiedlichen Perspektiven

Patient	Psychoanalytiker	Untersucher	Außenperspektive
Selbsteinschätzung halbjährlich	process notes vierteljährlich	Interviews halbjährlich	Kassendaten Prä-Post
Selbstrating von Symptomen, Persönlichkeit, soziale Beziehungen, Lebensqualität	halbstrukturierte Berichte über psychoanalyse-spezifische Themen	Videoaufzeichnung, OPD-Befund, OPD-Problemfokus und Therapieziel	Krankheitsverhalten, Arbeitsunfähigkeit, Klinikaufenthalte
Prä-Post-Vergleich	qualitative Analyse, Bildung von Kategorien, Bildung von Typen	Ausmaß der Umstrukturierung im Problemfokus	Prä-Post-Vergleich

Einschätzung der psychodynamischen Aspekte nach OPD. Innerhalb des OPD-Befundes identifizieren die Untersucher die zentrale Problematik und die daraus abgeleiteten Therapieziele. In den jeweils folgenden Interviews bis zum Abschluß der Therapie wird die Umstrukturierung in den Problemfokus anhand einer eigens dazu entwickelten Umstrukturierungsskala untersucht (Grande et al., 1997; Rudolf et al., 1998b). Vorstudien lassen erkennen, daß Symptombesserung und Umstrukturierung offenbar zwei voneinander unabhängige Veränderungswege darstellen.

*Außenperspektive:* Die Perspektive des gesellschaftlichen Außen, gemessen am Krankheitsverhalten, hat in der Vorstudie der Berliner Arbeitsgruppe des Projekts (Keller et al., 1997) eine Bestätigung der früheren Untersuchungen von Frau Dührssen (1962) erbracht, daß sich nämlich der Erfolg von Psychotherapien an der deutlichen Verringerung von Krankenhaustagen und Krankenschreibungstagen aufzeigen läßt.

Zusammenfassend möchte ich festhalten, daß die Voraussetzungen für eine praxisnahe Psychotherapieforschung günstiger sind, als sie es jemals waren,

1. weil man es heute wagen kann, auf die in der Praxis nicht realisierbaren und ungeeigneten randomisierten Studien zu verzichten und
2. weil zunehmend interessante Methoden und Instrumente entwickelt werden, welche geeignet sind, die Vorgänge der psychotherapeutischen Praxis hinsichtlich ihrer qualitativen und individuellen Merkmale abzubilden und damit eine Bewertung zu ermöglichen, die über formalistisch-mathematische Modelle als Methode der Wahrheitsfindung hinausgeht.

Somit sind wir heute in der Lage, Studien durchzuführen, welche dem Gegenstand und der Aufgabe praktischer Psychotherapie gerecht werden. Damit wächst auch die Hoffnung, daß der immer noch vorhandene Graben zwischen praktizierenden und forschenden Psychotherapeuten mehr und mehr überbrückt werden kann.

## Literatur

Arbeitskreis OPD (Hrsg; Mithrsg: Rudolf G) (1996) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. Huber, Bern

- Barlow DH (1996) Health care policy, psychotherapy research, and the future of psychotherapy. *Am Psychol* 51: 1050-1058
- Black N (1996) Why we need observational studies und evaluate the effectiveness of health care. *Br Med J* 312: 1215-1218
- Deter HC, Herzog W (1995) Langzeitverlauf der Anorexia Nervosa. Eine Zwölfjahreskatamnese. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Dührssen A (1962) Katamnestiche Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Therapie. *Z Psychosom Med Psychoanal* 8: 94-114
- Dührssen A, Jorswieck E (1962) Zur Korrektur von Eysencks Berichterstattung über psychoanalytische Behandlungsergebnisse. *Acta Psychotherapeutica Psychosomatica* 10: 329-342
- Goldfried MR, Wolfe BE (1996) Psychotherapy practice and research: repairing a strained alliance. *Am Psychol* 51: 1007-1016
- Grande T, Oberbracht C, Rudolf G (1998) Einige empirische Zusammenhänge zwischen den Achsen Beziehung, Konflikt und Struktur. In: Schauenburg H, Buchheim P, Cierpka M, Freyberger HJ (Hrsg) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Konzepte, Ergebnisse, Anwendungen. Huber, Bern (in Druck)
- Grande T, Rudolf G, Oberbracht C (1997) Die Praxisstudie analytische Langzeittherapie. Ein Projekt zur prospektiven Untersuchung struktureller Veränderungen in Psychoanalysen. In: Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U (Hrsg) Psychoanalysen im Rückblick. Psychosozial Verlag, Gießen, S 415-431
- Grawe K (1995) Grundriß einer allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40: 130-145
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen
- Greenberg LS, Rice LN, Elliott R (1993) Facilitating emotional change. Guilford, New York
- Howard KI, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE (1986) The dose effect relationship in psychotherapy. *Am Psychol* 41: 149-164
- Jacobson NS, Christensen A (1996) Studying the effectiveness of psychotherapy: how well can clinical trials do the job? *Am Psychologist* 51: 1031-1039
- Kächele H, Eckert J, Hillecke Th (unveröff) Zeit für Psychotherapie
- Kächele H (1995) Klaus Grawes Konfession und die psychoanalytische Profession. *Psyche* 49: 81-492
- Keller W, Dilk R, Westhoff G, Rohner R, Studt HH (1997) Wirksamkeit und Kosten-Nutzen-Aspekte ambulanter (jungianischer) Psychoanalysen und Psychotherapien – eine katamnestiche Studie. In: Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U (Hrsg) Psychoanalysen im Rückblick. Psychosozial Verlag, Gießen, S 432-453

- Kordy H, Kächele H (1996) Ergebnisforschung in Psychotherapie und Psychosomatik. In: Uexküll Th v (Hrsg) Psychosomatische Medizin, 5. Aufl. Urban und Schwarzenberg, München Wien Baltimore, S 490–501
- Leichsenring F (1996) Zur Meta-Analyse von Grawe und Mitarbeitern. Gruppenpsychotherapie Gruppendynamik 32: 205–234
- Leuzinger-Bohleber M (1995) Die Einzelfallstudie als psychoanalytisches Forschungsinstrument. Psyche 49: 434–480
- Lipsey MW, Wilson DB (1993) The efficacy of psychological, educational and behavioral treatment. Confirmation from meta-analysis. Am Psychol 48: 1181–1209
- Luborsky L, Singer B, Luborsky L (1975) Comparative studies of psychotherapies: is it true, that „everyone has won and all must have prizes“? Arch Gen Psychiat 32: 995–1008
- Mertens W (1994) Psychoanalyse auf dem Prüfstand. Eine Erwiderung auf die Meta-Analyse von Klaus Grawe. Quintessenz, München
- Meyer AE (1990) Eine Taxonomie der bisherigen Psychotherapieforschung. Z Klin Psychol 19: 287–291
- Mintz J, Drake R, Crits-Christoph P (1996) The efficacy and effectiveness of psychotherapy: two paradigms, one science. Am Psychol 51: 1084–1084
- Newman FL, Howard KI (1986) Psychotherapeutiv effort, outcome and policy. Am Psychol 41: 181–187
- Newman FL, Tejada MJ (1996) The need for research that is designed to support decisions in the delivery of Mental Health Services. Am Psychol 51: 1040–1049
- Orlinsky DE, Howard KB (1986) Process and outcome in psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL (eds) Handbook of psychotherapy and behavior change, 3rd edn. Wiley, New York, pp 311–381
- Roth A, Fonagy P (1996) What works for whom. A critical review of psychotherapy research. Guilford, New York
- Rudolf G (1990) Die Beziehung zwischen Psychotherapieforschung und psychotherapeutischer Praxis. In: Buchheim P, Cierpka M, Seifert Th (Hrsg) Psychotherapie im Wandel. Abhängigkeit. Lindauer Texte. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 113–129
- Rudolf G (unter Mitarbeit von Grande T, Porsch U) (1991) Die therapeutische Arbeitsbeziehung. Untersuchungen zum Zustandekommen, Verlauf und Ergebnis analytischer Psychotherapien. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Rudolf G (1996) Psychotherapieforschung bezogen auf die psychotherapeutische Praxis. Psychother Forum 4: 124–134
- Rudolf G, Manz R, Öri C (1994) Ergebnisse psychoanalytischer Therapien. Z Psychosom Med Psychoanal 40: 25–40
- Rudolf G, Buchheim P, Ehlers W, Küchenhoff J, Muhs A, Pouget D, Rüger U, Seidler GH, Schwarz F (1995) Struktur und strukturelle Störung. Z Psychosom Med Psychoanal 41: 197–212
- Rudolf G, Grande T, Oberbracht C (1996) Erste empirische Untersuchungen zu einem neuen diagnostischen System: die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD). Z Psychosom Med Psychoanal 4: 343–357
- Rudolf G, Laszig P, Henningsen C (1997) Diagnostik im Dienste von Forschung und Qualitätssicherung. Psychotherapeut 42: 145–155
- Rudolf G, Grande T, Oberbracht C (1998a) A research strategy for measuring structural change in psychoanalytic psychotherapies. In: Kächele H, Krause R, Mergenthaler K (eds) Psychoanalytic process research strategies II (CD-ROM) (in Vorbereitung)
- Rudolf G, Oberbracht C, Grande T (1998b) Eine Checkliste zur Einschätzung des Strukturniveaus in der OPD. In: Schauenburg H, Freyberger HJ, Cierpka M, Buchheim P (Hrsg) OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Huber, Bern
- Schneider E (1996) Wer bestimmt, was hilft? Über die neue Zahlengläubigkeit in der Therapieforschung. Junfermann, Paderborn
- Schwartz CE, Chesney MA, Irvine MJ, Keefe FJ (1997) The control group dilemma in clinical research: applications for psychosocial and behavioral medicine trials. Psychosom Med 59: 362–371
- Seligman MEP (1995) The effectiveness of psychotherapy: the consumers report study. Am Psychol 50: 965–974
- Seligman MEP (1996) Science as an ally of practice. Am Psychol 51: 1072–1079
- Smith ML, Glass GV (1977) Meta-analysis of psychotherapy. Am Psychol 41: 165–180
- Strupp HH, Schacht TE, Henry WP (1988) Process – treatment – outcome – congruence. A principal whose time has come. In: Dahl H, Kächele H, Thomä H (eds) Psychotherapy process research strategies. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, pp 1–14
- Stuhr U, Deneke FW (Hrsg) (1993) Die Fallgeschichte. Beiträge zu ihrer Bedeutung als Forschungsinstrument. Asanger, Heidelberg
- Tschuschke V, Kächele H, Hölzer M (1994) Gibt es unterschiedlich effektive Formen von Psychotherapie? Psychotherapeut 39: 281–297
- Vandenbos GR (1996) Outcome assessment of psychotherapy. Am Psychol 51: 1005–1006
- Wittmann WW, Matt GE (1986) Meta-Analyse als Integration von Forschungsergebnissen am Beispiel deutschsprachiger Arbeiten zur Effektivität von Psychotherapie. Psychologische Rundschau 37: 20–40

## Anhang: Unterschiedliche empirische Ansätze in der Psychotherapieforschung

### 1. Quantitativ-experimenteller Ansatz

*Vorgehen:* Quantitativ, experimentell, hypothesenprüfend (Typus: randomisierte klinische Studie).

*Selbstverständnis:* Systematische Variation der unabhängigen Variablen und Erfassung der abhängigen Variablen; Manipulation der Einflußgrößen; Objektivierung des Gegebenen, Erfassung von Regelmäßigkeiten, Prüfung von Kausalhypothesen.

*Zielsetzung:* Die Besserungsquote von kontrollierten therapeutischen Interventionen wird an homogenisierten Patientenstichproben mit randomisierter Zuweisung geprüft und zufallskritisch abgesichert.

*Ergebnis:* Unter den strengen Bedingungen des Experiments wird der Effekt der geprüften Therapie im Vergleich zur Kontrollgruppe (Nichttherapie, Placebotherapie oder Alternativtherapie) ermittelt.

*Gütekriterien:* Objektivität und Reliabilität stehen obenan, interne Validität ist gegeben, externe Validität ist schwierig zu erreichen.

*Vorteile/Nachteile:* Einzelne Variablen des Geschehens können reliabel und mit hoher interner Validität untersucht werden; es kann jedoch schwierig sein, diese einzelnen Faktoren wieder mit dem Ganzen zu verknüpfen und klinisch sinnvoll zu interpretieren. Angesichts der speziellen Bedingungen des Therapieexperiments (ausgewählte Therapieansätze, Therapeuten, Krankheitsbilder, Patienten etc.) ist die Generalisierbarkeit für die Praxis nicht selbstverständlich gegeben.

*Verknüpfungsmöglichkeiten mit anderen Ansätzen:* Wegen der Striktheit des Designs eher schwierig.

## 2. Quasi-experimenteller Ansatz

*Vorgehen:* Quantitativ, quasi-experimentell, hypothesenprüfend (Typus: Vergleichsstudie).

*Selbstverständnis:* Objektivierung des Gegebenen unter quasi-experimentellen Bedingungen, Aufdeckung von Regelmäßigkeiten, normativ.

*Zielsetzung:* Wie bei Nr. 1, jedoch mit der Einschränkung, daß der Gruppenvergleich nicht auf einer echten randomisierten Zuweisung zu zwei Therapiemodi beruht, sondern auf dem Vergleich zweier gematchter Stichproben.

*Ergebnisse:* Wie bei Nr. 1.

*Gütekriterien:* Wie bei Nr. 1.

*Vorteile/Nachteile:* Wie bei Nr. 1. Ergebnisse wurden unter weniger strikt experimentellen Bedingungen erzielt, unter Umständen größere Nähe zu naturalistischen Gegebenheiten.

*Verknüpfung mit anderen Ansätzen:* Wie bei Nr. 1.

## 3. Quantitativ-korrelativer Ansatz

*Vorgehen:* Quantitativ, naturalistisch, deskriptiv, hypothesengenerierend (Typus: Beobachtungsstudie).

*Selbstverständnis:* Quantitative Deskription des Gegebenen unter naturalistischen Bedingungen; im strengen Sinne sind keine kausalen Schlüsse möglich.

*Zielsetzung:* An einzelnen oder mehreren naturalistischen Stichproben erfolgt die multidimensionale, multimethodale, quantifizierende Erfassung von Einzelfaktoren und deren Verknüpfung in multivariaten Auswertungen (Korrelationen, Faktoren, Cluster).

*Ergebnisse:* Wirksamkeit und Wirkweise der Therapie werden quantitativ deskriptiv evaluiert. Im Unterschied zu Nr. 1 (Minimumeffekt unter erschwerten Bedingungen) wird hier der optimale Effekt erfaßt, der unter naturalistischen Bedingungen erreichbar ist.

*Gütekriterien:* Geringere interne, größere externe Validität.

*Vorteile/Nachteile:* Einzelfaktoren (z.B. Effektstärken) und Zusammenhänge in einem System (z.B. Korrelation mit Prädiktorvariablen) können quantifiziert werden. Meist keine wirklichen Kontrollgruppen möglich; Interpretationsbedürftigkeit der multivariat erzielten Ergebnisse.

*Verknüpfung mit anderen Ansätzen:* Verknüpfung mit den folgenden Ansätzen ist möglich.

## 4. Bimodaler (qualitativ-quantitativer) Ansatz:

*Vorgehen:* Kombiniert qualitativ-quantitative Beschreibung auf der Grundlage operationalisierter Theorien und klinischer Konzepte unter naturalistischen Bedingungen (Typus OPD-Studien).

*Selbstverständnis:* Vorsichtige Objektivierung des Subjektiven und Interpersonellen.

*Zielsetzung:* Es wird nicht (wie bei 5.) „offen“ kategorisiert, sondern es werden vorgegebene Kategorien eingeschätzt; auf diesem Wege werden komplexe qualitative Aussagen quantifiziert.

*Ergebnisse:* Die ermittelten Befunde besitzen augenscheinliche klinische Bedeutung (face validity). Sie sind stärker theoriegeleitet und gegenstandsangemessen. An

die Stelle der Ermittlung von Gruppenmittelwerten tritt die Aggregation von Einzelfällen.

*Gütekriterien:* Reliabilität der Einschätzungen muß sichergestellt werden; hohe klinische (externe) Validität.

*Verknüpfung mit anderen Ansätzen:* Gute Verknüpfungsmöglichkeiten mit Nr. 3 und 5.

## 5. Qualitativ-typisierender Ansatz:

*Vorgehen:* Typisierend auf der Grundlage von deskriptiver und verstehender Analyse von Strukturen unter naturalistischen Bedingungen.

*Selbstverständnis:* Beschreibung des Subjektiven und Individuellen durch das Ordnen von Phänomenen.

*Zielsetzung:* Es erfolgt keine Reduzierung auf einzelne Variablen, sondern es wird die Erfassung von Zusammenhängen und Ganzheiten intendiert. Ohne explizite Vorannahmen werden im Sinne der Grounded Theory an Einzelfällen, Narrativen oder Texten Beobachtungskategorien gebildet und daraus Typen abgeleitet.

*Ergebnisse:* Bei Hereinnahme von ausreichend vielen Einzelfällen kommt es zur Sättigung des Kategoriensystems, anschließend zur Bildung von kontrastierenden Typen; ansatzweise Quantifizierungen sind möglich (z.B. ausgeprägteste, häufigste, zentrale Muster). Methoden der Textanalyse, Konversationsanalyse können integriert werden.

*Gütekriterien:* Statt Objektivität der Ergebnisse wird Transparenz des Zustandekommens von Ergebnissen angestrebt. Nicht die statistische Überprüfung einer Haupthypothese wird angestrebt, sondern ein Prozeß fortlaufender Überprüfung von vorläufigen Annahmen. Gültigkeit wird nicht im Meßtechnischen begründet, sondern in der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit der Befunde (kommunikative, argumentative Validität im Diskurs der Forscher und Beforschten). Reliabilität wird nicht als Replizierbarkeit der Ergebnisse angestrebt, stattdessen soll die situative Kontextgebundenheit von Ergebnissen akzeptiert werden können. Die maximale Varianz von Perspektiven erhöht die Verlässlichkeit der Ergebnisse.

*Vorteile/Nachteile:* Vorteil ist die evidente und valide Beschreibung des Subjektiven in einem klinischen Kontext. Der Nachteil fehlender quantitativer Aussagen und der Subjektgebundenheit der Befunde muß ausgeglichen werden durch die Verknüpfung dieser Vorgehensweise mit anderen Ansätzen.

*Abgrenzung von nicht-empirischen Ansätzen:* Es gibt qualitative Ansätze, die in ihrem Selbstverständnis auf kasuistische Betrachtung, theoriegeleitete Deutung und textimmanente Auslegung abzielen. Sie verzichten auf die Berücksichtigung der bisher genannten Gütekriterien. Ihr Vorteil in der Herstellung sinnhafter Strukturen steht der Nachteil einer mehr erzählend-interpretierenden und damit literarischen Vorgehensweise gegenüber, welche vor allem bei der Interpretation von Fallgeschichten oder Lebensgeschichten benutzt wird.

## 6. Die Verknüpfung der Ansätze

Der quantitative Ansatz Nr. 1 und der qualitative Ansatz Nr. 5 stellen die Extrempole eines Spektrums dar;

dabei ist es relativ leicht, aus der Perspektive des einen Extrems das jeweils andere Extrem in Frage zu stellen und zu entwerfen. Im Grunde existiert jedoch ein Kontinuum, welches sich auf dem einen Pol (Nr. 1) durch seine hohe interne Validität und Reliabilität bei gleichzeitig geringer klinisch inhaltlicher Gegenstandsangemessenheit auszeichnet; auf dem Gegenpol (Nr. 5) steht die Möglichkeit differenzierter klinischer Interpretation und gegenstandsangemessener Detailtreue im Vordergrund, während die interne Validität gering ist und Möglichkeiten der Kausalinterpretation kaum gegeben sind. Gute Studien zeichnen sich dadurch aus, daß sie die mit ihrem jeweiligen Ansatz erzielten Ergebnisse kritisch im Hinblick auf den jeweils fehlenden Aspekt diskutieren. Wünschenswert im Bereich der psychotherapeutischen Medizin sind Studien, welche quantitative und qualitative Aspekte integrieren: Quantitative Ergebnisse lassen sich häufig erst durch qualitative Ergänzungen sinnvoll interpretieren, qualitative Ergeb-

nisse wie Typen, Zusammenhangsmuster und andere sinnvolle Strukturen müssen durch Aussagen über Gewichtigkeit, Häufigkeit, Wahrscheinlichkeit etc. ergänzend charakterisiert werden.

Jeder der fünf genannten Untersuchungsansätze ist Bestandteil wissenschaftlicher Empirie insofern, als er nach wissenschaftlichen Regeln Beiträge zu der Frage liefert, was im Konsens aller Beteiligten für wirklich und wahr gehalten werden kann. Keine der Vorgehensweisen ist gegen Irrtümer und Fehlinterpretationen gefeit, aber alle sind bemüht, in selbstkritischer Weise Einsichten zu liefern, die über Meinungen, Überzeugungen und Dogmen hinausreichen und insofern in den Kanon wissenschaftlicher Methoden gehören.

**Korrespondenz:** Prof. Dr. med. Gerd Rudolf, Psychosomatische Klinik, Universität Heidelberg, Thibautstraße 2, D-69115 Heidelberg, Bundesrepublik Deutschland,  
E-mail: veronika\_deffaa@krzmail.krz.uni-heidelberg.de

*Prof. Dr. med. Gerd Rudolf ist Direktor der Psychosomatischen Klinik der Universität Heidelberg. Arbeitsschwerpunkte: Psychosomatische Medizin und Psychotherapieforschung; Standardisierung und Operationalisierung von Befunden, Gründungsmitglied der Arbeitsgemeinschaft Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD), Durchführung multizentrischer Psychotherapiestudien (abgeschlossen: Berliner Psychotherapiestudie; beginnend: DGPT-Praxisstudie zur Langzeitpsychoanalyse); Arbeiten zur Struktur, strukturellen Störung und interaktionellen Therapie.*