

G. Rudolf

Psychotherapieforschung bezogen auf die psychotherapeutische Praxis

Zusammenfassung Die Wissenschaftlichkeit der Psychotherapie ist nicht zuletzt gebunden an die kritische Reflektion ihrer Konzepte und ihres praktischen Handelns, speziell an die Evaluation ihrer Prozesse und Ergebnisse. Aktuelle Forschungsschwerpunkte werden benannt, Fragen der Therapie-Ergebnisforschung ausführlich diskutiert. Im Vordergrund steht das Problem angemessener Erfolgskriterien bei der Beseitigung von Symptomen und der Entwicklung der Persönlichkeit durch Psychotherapien. In der methodischen Diskussion besonders umstritten sind Forderungen der Kontrollgruppenbildung und randomisierten Zuweisung, die unter Praxisbedingungen in Langzeittherapien nicht realisiert werden können. So erweist sich im Rückblick die Effizienzstudie klassischer Prägung als die falsche Methode, um Psychotherapie, so wie sie in der Praxis durchgeführt wird, wissenschaftlich zu validieren.

Psychotherapie, die im Bild der Ingenieurwissenschaft oder in der Analogie zur Pharmakotherapie nicht angemessen erfaßt wird, benötigt statt vorwiegend naturwissenschaftlicher Methoden eine verstärkte Rückbesinnung auf ihre humanwissenschaftliche Herkunft. So sollte Psychotherapie dort untersucht werden, wo sie gemacht wird, in den Praxen statt im Forschungslabor. Dabei gilt es, die qualitativen Aspekte der Phänomene in Krankheit und Therapie stärker zu beachten gegenüber einer rein naturwissenschaftlich-biometrischen Quantifizierung; sie erfordert Erfassungsmethoden und Meßinstrumente, die der Eigenart und den theoretischen Konzepten des jeweiligen Verfahrens gerecht werden, anstatt daß routinemäßig die jeweils international gebräuchlichsten Instrumente verwendet werden. Dazu gehört auch die theoriegeleitete Operationalisierung von Störungen und therapeutischen Veränderungsprozessen.

Psychotherapieforschung ist nur möglich durch die Zusammenarbeit von praktizierenden Therapeuten und Forschern, die sich aufgrund ihrer unterschiedlichen Weltsicht nicht leicht verstehen, aber bei beiderseitigem Bemühen durchaus gute Kooperationen erreichen können.

Schlüsselwörter: Praxisbezogene Psychotherapie-Forschung, qualitative Methoden, Operationalisierung, Zusammenarbeit von Praktikern und Forschern.

Psychotherapy research as related to practice

Abstract In order to be scientific psychotherapy must reflect critically its concepts and its practical applications; it is particularly important that it should evaluate its processes and results. Priorities that are presently attributed to research are shown, and questions related to the evaluation of results are discussed in detail. The main problem is that of choosing adequate criteria relating to the effects of psychotherapy on symptom elimination and the development of personality. The debate around methods has centered on the fact that the required random attribution of control groups cannot be implemented in the case of long-term therapies carried out in the setting of private practices. In retrospect the classical efficiency studies are shown to be a wrong method for scientific validation of the (private) practice of psychotherapy.

Psychotherapy cannot be evaluated in the same way as engineering or in analogy to pharmacotherapy. Instead of using methods designed by the natural sciences, the research should reintroduce the human sciences dimension and psychotherapy should be studied where it is practiced, i.e. in the therapist's office, instead of in a laboratory. It is also important to take account of the qualitative aspects of phenomena connected to illness and to therapy instead of applying purely scientific-biometrical quantitative methods. Methods of analysis and measuring instruments are required, that are adapted to the specific approaches and to their theoretical concepts whereas too often the procedures that are recognized internationally are applied routinely. This includes the theory-based operationalization of disturbances and of therapeutic processes of change.

Psychotherapy research can only be carried out on the basis of a collaboration between practicing therapists and researchers. As these two groups have a different view of things, they may have difficulty understanding each other; but if they both try, a positive collaboration may be quite possible.

Keywords: Psychotherapy research related to practice, qualitative methods, operationalization, collaboration between practitioners and researchers.

Psychothérapie: pratique et recherche

Résumé A notre époque de pénurie de moyens financiers, la question se pose de savoir combien la société peut mettre à disposition pour quels domaines. Les limites imposées par cette répartition produisent une concurrence et un besoin de légitimation croissants; ceci s'applique également aux diverses écoles de psychothérapie qui se voient de plus en plus contraintes de démontrer la qualité de leurs prestations. Toute psychothérapie se percevant comme scientifique considère qu'il va sans dire qu'elle doit réfléchir à ses concepts et à ses interventions, et en particulier évaluer ses propres processus et résultats. Les conditions sociétales mentionnées plus haut la forcent en outre à se légitimer: il s'agit de prouver que la méthode psychothérapeutique que l'on pratique est suffisamment efficace et économique pour justifier un financement par le biais des deniers publics. Certains débats agités de ces derniers temps s'expliquent sur cette base.

Du point de vue du contenu, les thèmes qui occupent actuellement les chercheurs sont très variés; ils se répartissent selon les catégories suivantes: développement de la personnalité et nosologie, indication et techniques de traitement, relation et processus thérapeutiques, et finalement les questions liées à l'évaluation des résultats. En ce qui concerne ce dernier thème, il faut effectuer une distinction entre la question des critères permettant d'évaluer le succès de la thérapie (élimination des symptômes, par exemple, affrontement aux conflits, maturation de la personnalité, modification du comportement morbide, etc.) et celle de savoir quelles méthodes permettent de juger des résultats (estimation concernant la satisfaction des clients, par exemple, ou la manière dont certains objectifs ont été atteints, ou encore mesures avant-après et leur vérification statistique). Les standards scientifiques exigés pour qu'une évaluation des résultats soit considérée comme méthodiquement cor-

recte sont souvent dérivés de la psychologie universitaire (théorie des tests) et des études cliniques sous contrôle menées par les médecins. Le modèle auquel on aboutit est celui d'une thérapie expérimentale menée dans des conditions variables mais soumise à un contrôle, y compris par exemple l'utilisation de groupes de contrôle et leur assignation sur une base aléatoire aux différentes formes de thérapie.

On s'est toutefois rendu compte progressivement que cette forme de recherche en psychothérapie ne peut pas être appliquée aux traitements menés dans des cabinets privés; en effet, les patients ne souffrent pas tous des mêmes symptômes, le setting, les techniques de traitement et la durée de ce dernier varient. De plus, l'évolution de la motivation des patients fait qu'il est impossible d'assigner ceux-ci à un groupe sur une base aléatoire. Il s'agit donc de chercher d'autres modèles permettant d'étudier les psychothérapies là où elles sont pratiquées (c'est-à-dire dans les cabinets des thérapeutes et non dans les instituts de recherche). Du point de vue des conditions méthodiques requises, il s'agit de tenir mieux compte de l'approche thérapeutique concernée et d'opérationnaliser de manière adéquate les troubles et les objectifs de la thérapie. Au lieu d'étudier quelques caractéristiques pour un groupe de plusieurs milliers de patients, il faut analyser en détail le traitement d'un nombre relativement restreint de patients, en utilisant des méthodes qualitatives; il s'agit en particulier de cerner les rapports entre le processus thérapeutique observé et le résultat de la thérapie, enregistré en fin de traitement. Ce genre de recherche requiert la collaboration des praticiens de la thérapie. Un exemple est présenté, concernant une étude visant à analyser des psychanalyses à long terme et menée avec le soutien de la DGPT, l'association faitière regroupant les psychanalystes allemands.

1. Einleitung: Motive für die Forschung

In Zeiten wirtschaftlicher Prosperität hat es den Anschein, daß Forschung sich dem Erkenntnisgewinn widmen kann, der zweckfreien Suche nach Wahrheit. Unter zunehmenden wirtschaftlichen Zwängen und den daraus folgenden Auseinandersetzungen um die Frage, wieviel Geld die Gesellschaft für welche Bereiche zur Verfügung stellen kann, verändert sich die Einstellung zur Forschung: Sie soll Argumente liefern, denn alles, was seine Wirksamkeit und Zweckdienlichkeit mit wissenschaftlichen Mitteln nachweisen kann, verbessert seine Überlebenschancen. Damit tritt ein Aspekt in den Vordergrund, der in den meisten Anwendungsgebieten immer schon vorhanden war, denkt man z.B. an die Pharma-Forschung und die dahinter stehenden wirtschaftlichen Interessen. Neu ist der Gedanke allerdings für die Psychotherapieforschung, die lange Zeit von wirtschaftlichen Überlegungen wenig tangiert schien. Kaum je ein Konzern hat in die Psychotherapiefor-

schung investiert, während z.B. für eine durchschnittliche Psychopharmakastudie pro geprüftes Medikament schätzungsweise eine Million Mark aufgewendet werden muß.

Psychotherapeuten sind auch jenseits solcher wirtschaftlichen Anreize für ihre Sache hochmotiviert; ohne dieses Engagement könnten sie bei ihren Patienten wenig bewirken, mit diesem Engagement kämpfen sie auch berufspolitisch um die Ausbreitung ihres Verfahrens. Auch Psychotherapieforscher sind nicht selten mit ihrer wissenschaftlichen Herkunftsfamilie identifiziert und berufspolitisch aktiv, was mit einiger Wahrscheinlichkeit dazu führt, daß sie die Arbeiten aus der eigenen Gruppe für besonders gut halten und das auch wissenschaftlich beweisen. Vorsichtshalber sollte man sich bei jedem Forscher fragen, warum er gerade jetzt mit gerade diesem Thema und Ergebnis kommt. Womöglich stecken nicht nur Wissensdrang, sondern auch berufspolitische Gruppeninteressen dahinter, selbst wenn Letzteres mehr oder weniger unbewußt sein soll-

te. Die Diskussionen der letzten Jahre liefern dafür Beispiele (z.B. Grawe, 1992; Kächele, 1994).

Trotzdem will ich noch ein freundliches Motiv für Forschung anführen, es ist die Neugier. Als wir in den 80er Jahren begonnen haben, Psychotherapieforschung mit niedergelassenen Psychoanalytikern zu machen, gab es weniger berufspolitischen Druck. Auf seiten der Forschung herrschte ein eher sportlich-kompetitiver Geist, in dem die Wirksamkeit einer Therapie nachgewiesen werden sollte. Die beteiligten Therapeuten aber waren ganz einfach neugierig zu erfahren, wie ihre Arbeit funktioniert und was dabei herauskommt. Sie waren sogar so mutig, die eigene Persönlichkeit in Tests und Fragebögen offenzulegen, damit wir die intersubjektiven Prozesse untersuchen konnten.

2. Die zu beforschende Realität der Psychotherapie

Heute gibt es einige hundert Therapieverfahren, die sich auf wenige Grundorientierungen zurückführen lassen; ihre praktische Bedeutung und die Häufigkeit ihrer Anwendung ist freilich höchst unterschiedlich. Die meisten Therapeuten konzentrieren sich auf wenige Verfahren, die sie in 1-2 Setting-Varianten bei einer begrenzten Anzahl von Störungen anwenden. Für die Verfahren, die sich als wissenschaftlich fundiert verstehen, ist es selbstverständlich, daß sie ihre Wirksamkeit und ihre Wirkmechanismen zu belegen versuchen. Gleichwohl ist es schwierig, die Güte des psychotherapeutischen Angebots zu überprüfen.

Wenn wir zunächst einmal der Frage nachgehen, wie wohl der einzelne Patient oder Klient zu der für ihn geeigneten Therapie kommt, können wir feststellen, daß Patienten und Therapeuten einander suchen und finden auf eben jene Weise, in der Beziehungspartner auch sonst zueinander kommen, also etwa Kunden und Verkäufer, Lehrer und Schüler, Männer und Frauen, Ratsuchende und Ratgeber. Die Informationskanäle des sozialen Netzwerks funktionieren so, daß „man“ weiß, welche Mode man trägt, welche Musik man hört, welche Lokale „in“ sind und wo man sich mit welchem Anliegen hinwendet. Die Information und Empfehlungen, die weitergegeben werden, sind in unterschiedlichen sozialen Schichten verschieden, und so verwundert es nicht, daß Psychotherapie in bestimmten Subkulturen stärker in Anspruch genommen wird als in anderen. Das von der Psychotherapie angebotene Lösungsmodell für Probleme und Krankheiten ist offenbar nicht für alle Bevölkerungsschichten gleich attraktiv,

hier spielen die Wertvorstellungen der jeweiligen Subpopulation eine Rolle. Im Falle privater Finanzierung der Psychotherapie stellen die dem Patienten verfügbaren Geldmittel einen weiteren Selektionsfaktor dar. Selbst in der deutschen Krankenkassenregelung bleibt dieses Prinzip wirksam, weil die Pflichtkassen der sozial Schwächeren ein geringeres Stundenhonorar zahlen als die Ersatzkassen und Privatkassen.

Es zeigt sich wie oft, daß der Versuch, eine Frage zu klären, statt Antworten immer neue Fragen generiert. Von der Frage der Psychotherapieforschung, „wie gut ist das psychotherapeutische Angebot?“ sind wir auf das soziologische Thema gekommen, „wer sucht eigentlich Psychotherapie und wer nimmt sie in Anspruch?“. Das beobachtete Patientenverhalten hängt auch von inneren Überzeugungen, z.B. von subjektiven Krankheits-theorien und Behandlungskonzepten ab, wie sie in der Medizin-Psychologie untersucht werden. In diesem Kontext ließe sich weiter fragen: „Wer braucht Psychotherapie“ und dem vorauslaufend, „wie häufig sind die behandlungsbedürftigen Störungen?“. Daran hängt dann die zentrale Frage der Psychotherapieforschung: „Welche Störungen können mit welcher Psychotherapie effektiv behandelt werden?“ Wenn sie befriedigend beantwortet wäre, ließe sich im Sinne der Versorgungsforschung fragen: „Wie gut funktioniert das psychotherapeutische System?“, bzw. „wie bekommt der einzelne Patient Zugang zu aussichtsreichen Therapien?“. Die Gesundheitspolitik letztlich wird unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten nach der Wirtschaftlichkeit solcher Systeme fragen müssen (Tabelle 1).

Verständlicherweise ist es dem Einzelnen von uns nicht möglich, alle diese Fragen kompetent zu bearbeiten, aber es scheint wichtig, diesen komplexen Hintergrund vor Augen zu haben, weil sonst die Einzelfragen der Psychotherapieforschung in der Luft hängen würden.

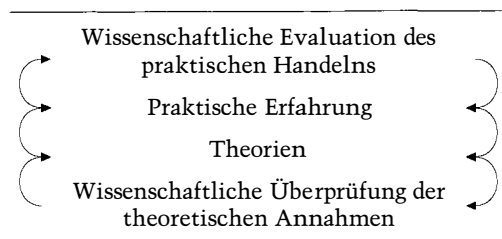
3. Aktuelle Themen der Forschung in der Psychotherapie

Psychotherapieforschung als Selbstreflektion wissenschaftlicher Psychotherapien setzt *psychotherapeutische Theorien* voraus. Es braucht Theorien der menschlichen Persönlichkeit, Theorien der Störung oder der Krankheit oder der dysfunktionalen Muster, wie immer man das Leiden des Patienten bezeichnen mag; ferner bedarf es der Theorien des therapeutischen Handelns, Theorien der therapeutischen Veränderungsprozesse,

Tabelle 1. Einbettung der Psychotherapieforschung

Epidemiologie:	Häufigkeit und Verteilung behandlungsbedürftiger Störungen
Medizinsoziologie:	Patientenverhalten bezüglich Inanspruchnahme von therapeutischen Diensten
Medizinpsychologie:	Subjektive Krankheitstheorien und Veränderungsmotivation
Psychotherapieforschung:	Erfolg (Effektivität, Effizienz) und Wirkfaktoren von unterschiedlichen Therapien bei verschiedenen Störungen
Versorgungsforschung:	Verfügbarkeit effektiver und wirtschaftlicher Psychotherapien
Gesundheitssystemforschung:	Analyse von krankheitsbegünstigenden Faktoren sowie präventiven, kurativen und rehabilitativen Maßnahmen unter Kosten-Nutzen-Abwägung

Tabelle 2



Theorien über Gesundheit, Kreativität usw. Dieser theoretische Hintergrund, verbunden mit einem lehr- und lernbaren Regelwerk des praktischen Handelns und des Erfahrungserwerbs definiert eine wissenschaftlich begründete Psychotherapie. Nur sie kann im Blick auf Prozeß und Ergebnisse wissenschaftlich untersucht werden. Für die therapeutischen Verfahren, die sich als wissenschaftlich fundiert verstehen, ist gerade die selbstkritische Reflexion der eigenen Annahmen essenziell, das unterscheidet sie von Glaubensgemeinschaften. Sie befinden sich in einem ständigen Entwicklungsprozeß: Die Theorien begründen das praktische Handeln, die Erfahrungen der Praxis modifizieren die Theorien, die wissenschaftliche Evaluation des praktischen Handelns führt zu Modifikationen der Verfahren, die wissenschaftlichen Überprüfungen der theoretischen Annahmen begründen Modifikationen der Theorien usw. (Tabelle 2).

So entsteht eine Dialektik des Begründens und In-Frage-Stellens, eine Diskussionskultur, in der im Sinne Poppers letztlich niemand Wahrheitsansprüche vertreten kann, sondern in der ständig Evidenz maximiert und Überzeugung kritisch überprüft wird. Auch wenn ein solches Ziel nicht durchgängig verwirklicht werden kann, bleibt es als Ideal doch erstrebenswert.

Welche Themen beschäftigen die Psychotherapieforschung heute? In Tabelle 3 sind einige wichtige Stichworte zusammengestellt.

Unter dem Stichwort *Persönlichkeit und Krankheit* wird die Entwicklung, Struktur und Dynamik von Störungen untersucht, ferner die Frage ihrer diagnostischen Erfassung und klassifikatorischen Benennung. Das ist ein bei praktischen Therapeuten ungeliebtes Thema, weil hier scheinbar das Individuum etikettiert und pathologisiert wird, man denke nur an den Streit um die Einführung der ICD-10. Ohne jedoch derartige operationalisierte Beschreibungen und standardisierte

Begriffe zu verwenden, droht eine babylonische Sprachverwirrung bezüglich dessen, was Befunde und Störungen sind, was Behandlungsbedürftigkeit und Therapieziele ausmachen.

Als Beispiel eigener Forschungsbemühungen nenne ich das System „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“, an dessen Entwicklung ich beteiligt war (OPD, 1996). Es ist der Versuch, die geläufigen psychodynamischen Aspekte der Diagnostik – Beziehungsmuster der Patienten, typische Konfliktmuster, Persönlichkeitsstruktur und Krankheitserleben – zusätzlich zum Syndromaspekt auf 5 Achsen standardisiert abzubilden. Das System wurde in 10 Kliniken erprobt, es ist praktikabel und reliabel, zur Zeit laufen weitere Studien zur Reliabilität und erste Untersuchungen zur Validität. Die Hoffnung dieses Unternehmens ist es, die wegen ihrer hohen Therapierrelevanz sehr wertvolle psychodynamische Diagnostik wissenschaftlich nutzbar zu machen, was sie lange Zeit wegen ihrer starken Theoriebezogenheit und extremen Individualisierung der verwendeten Begriffe nicht sein konnte.

Der zweite Punkt betrifft den äußeren *Rahmen der Psychotherapie*, das Setting, die Verfahren, die Techniken und die schwierige Frage der Indikationsstellung. Hier zeigt sich die notwendige Vernetzung der vier Themengruppen. Es ist nach unseren Forschungsergebnissen nicht die Diagnose, welche die Therapieindikation begründet, sondern es sind die bereits im diagnostischen Erstgespräch spürbar werdenden Interaktionsbereitschaften zwischen Patient und Therapeut. Eine von uns entwickelte Skala zur therapeutischen Arbeitsbeziehung, die auf der Grundlage des Erstgesprächs vom Therapeuten ausgefüllt wird, korreliert deutlich mit der Indikationsentscheidung für bzw. gegen Psychotherapie und sie korreliert sogar mit der Güte des Therapieergebnisses. Hier sehen wir bereits alle vier Punkte einbezogen: Die initiale Diagnostik von Prozeßmerkmalen als Prädiktor für Therapieindikation und Therapieergebnis (Rudolf et al., 1988, 1993).

Der dritte Punkt – *Therapieprozeß* – stand in den letzten Jahren im Mittelpunkt des Forschungsinteresses. Er führte zu einer Differenzierung der Beziehungsaspekte zwischen Patient und Therapeut – Realbeziehung, Übertragungs-Gegenübertragungsbeziehung, Arbeitsbeziehung – und förderte die Entwicklung von differenzierten, spezifischen Forschungsmethoden. Wenn wir uns vorhin bei der Versorgungsforschung auf der Makroebene der Institutionen und Patientenströme bewegt haben, befinden wir uns nun auf einer Mikro-

Tabelle 3

Persönlichkeit Krankheit	Psychotherapie Rahmen	Psychotherapie Prozeß	Psychotherapie Ergebnis
Entwicklung	Differentielle Indikation	Therapeutische Interaktion	Effektivität/Effizienz
Diagnostik	Therapiesetting	Therapeutische Arbeitsbeziehung	Statistische Signifikanz/
Klassifikation	Therapieverfahren	Übertragungs-Gegenübertragungs-Beziehung	Klinische Relevanz
Prognose	Therapeutenpersönlichkeit	Therapiebedingte Umstrukturierung	Qualitative Ergebnismuster Dosis-Wirkungs-Relation

ebene, auf der z.B. die in Sekundenbruchteilen ablaufenden mimisch-gestischen Austauschprozesse der Beziehungsregulierung oder die in der Erzählung des Patienten verborgenen typischen Beziehungsepisoden erfaßt werden. Diese Art der Prozeßuntersuchung stellt psychotherapeutische Grundlagenforschung dar. Sie ist aber nur scheinbar weit entfernt von der täglichen Praxis. In Wahrheit werden hier jene Abläufe sichtbar, die bezogen auf das Therapieergebnis erkennen lassen, wie z.B. die nonverbalen Interventionen des Therapeuten den Patienten in seinem Problemlöseverhalten ermutigen oder bremsen (Anstadt et al., 1996).

Auf den vierten Punkt „*Therapieergebnis*“ will ich im folgenden etwas ausführlicher eingehen (vgl. auch Langenmayr und Kosfelder, 1995; Rudolf et al., 1994; Schulte, 1995).

4. Methodenprobleme der Psychotherapieforschung

Alle Psychotherapien brauchen, heute mehr denn je, zu ihrer Legitimation den Nachweis ihrer Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit. Da stellt sich zuerst die Frage, welche Standards der Erfolgsmessung gelten sollen und wer die Autorität hat, diese Standards festzulegen. Im Grunde ist es nicht strittig, *was* die Kriterien erfolgreicher Psychotherapie sind, höchst umstritten dagegen ist die Frage, *wie* sie eingeschätzt werden können (Tabelle 4).

Da sind vordergründig die Symptome, die objektifizierbaren Zeichen der Störungen. Dahinter liegen pathologische und dysfunktionale Zustände, seien sie intrapsychisch wie Konflikte oder strukturelle Defizite, interpersonell wie maladaptive Beziehungsmuster oder somatisch-pathophysiologisch. Als dritte Ebene sei die Beeinträchtigung durch das Kranksein genannt, das subjektive Erleben von Krankheit, der Verlust an Le-

Tabelle 4. Psychotherapie: Erfolgskriterien

Das Negative (die Störung) beseitigt

- a) *Symptome*, Beschwerden, Befunde („Illness“)
- b) *Störungen*, pathologische Zustände („Disease“)
 - intrapsychisch*: Konflikt, Struktur, Affekt, Kognition, Persönlichkeitsorganisation
 - interpersonell*: soziale Beziehungen, soziale Aktivitäten, sexuelle Beziehungen, soziale Integration, soziale Rollen, Leistung
 - somatisch*: physiologische Störungen
- c) *Krankheitserleben* (Lebensqualität, wellbeing)
- d) *Krankheitsverhalten* (Inanspruchnahme medizinischer und sozialer Dienste, Krankschreibung, Medikamenteneinnahme)

Das Positive (eine Norm) erreicht

- a) *Spezielle Zielsetzungen*
allgemeine Ziele versus individuelle Ziele
mediating goals versus ultimate goals
- b) *Positive Entwicklung*: Reifung, Selbstverwirklichung, Persönlichkeitsentfaltung

bensqualität. Ein viertes Kriterium stellt das Krankheitsverhalten dar, d.h. die Notwendigkeit, sich an medizinische Dienste zu wenden, Medikamente einzunehmen, sich krankschreiben zu lassen etc. Die Therapie stellt sich die Aufgabe, diese Negative zu beseitigen oder zumindest zu lindern. Aber auch das Erreichen positiver Ziele ist ein Erfolgskriterium, sei es ein allgemein menschliches Ziel oder ein Ziel, das nur für diesen individuellen Patienten wichtig ist. Gesondert hervorgehoben als Erfolgskriterium werden in der Regel Entwicklungsziele wie Wachstum, Reifung und Integration der Persönlichkeit. Nachdem über die *Erfolgskriterien* ein Konsens grundsätzlich hergestellt werden kann, ist die Einigung bezüglich zweier weiterer Fragen schwieriger:

- *Beurteilungsquellen*: Wer beurteilt den Erfolg (der Therapeut, der Patient, die Team-Mitglieder, die Angehörigen, unabhängige Beobachter)?
- *Beurteilungsmethoden*: Auf welche Weise werden die ergebnisrelevanten Informationen gewonnen (durch Außenbeobachtung, Selbstrating, Fremdrating, Tests, psychophysiologische Messungen, Erfassung von Sozialdaten etc.)?

Da gibt es die Möglichkeit *direkter* Veränderungseinschätzung (die abschließende Einschätzung der Zufriedenheit mit der Therapie und dem Leben, die abschließende Einschätzung von Symptomänderungen, die abschließende Einschätzung bezüglich eingangs definierter Ziele). Ihr steht die *indirekte* Erfassung von Veränderungen durch Vergleich von Vorher-Nachher-Messungen gegenüber. Erfahrungsgemäß werden mit diesen unterschiedlichen Verfahren unterschiedliche Erfolgsquoten erzielt, d.h. daß sie untereinander nicht besonders hoch korrelieren. So zeigt z.B. die subjektive Zufriedenheit von Patienten einen geringen Zusammenhang mit dem objektivierenden Prä-Post-Vergleich.

In jedem Forschungsvorhaben müssen eine Reihe von methodischen Entscheidungen getroffen werden.

Sie betrifft z.B. die *Signifikanz* der Ergebnisse: Wie groß müssen Unterschiede sein, damit sie statistisch signifikant werden, wie groß muß die Stichprobe sein etc. (Fragen der statistical power, des Alpha-Niveaus, der Beta-Probleme). Was ist die klinische Relevanz einer statistischen Signifikanz? Unter dem Stichwort *klinische Relevanz* wird ein relativ hohes Differenzmaß gefordert oder ein Absinken der auffälligen Werte auf das Niveau von Nicht-Patienten.

Bezüglich der *Wirksamkeit* gilt es zu unterscheiden zwischen Wirkung unter Forschungsbedingungen (efficacy), Wirkung unter Praxisbedingungen (effectiveness) und Wirkung unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten (efficiency).

Als Voraussetzung für die Gewinnung verlässlicher Ergebnisdaten muß vorab die *Validität* der Meßinstrumente und die *Reliabilität* der Messungen nachgewiesen werden.

Besonders umstritten ist die Frage der *Kontrollmaße*. Hier stand die Psychotherapieforschung lange unter einem methodischen Diktat, welches sich an der kli-

Tabelle 5. Methoden der Ergebnisbeurteilung

- *Direkte Einschätzung von Veränderungen*
- *Abschließende Einschätzung des Befindens (Lebensqualität, Zufriedenheit)*
- *Goal attainment*
Annäherung an eine kollektive Norm
Erreichung individueller Ziele
- *Berechnung von Pre-Post-Differenzmaßen*
Klinisches Ergebnismaß (Definition nach Konsens)
Statistische Signifikanz (Mittelwertvergleiche von Gruppen)
- *Differenzmaße*
Standardabweichungen
Kritische Differenz
Reliable Change
Effektstärke

nisch kontrollierten Studie orientierte. Diese untersucht die Wirksamkeit von bisher unerprobten Medikamenten im Doppelblindversuch. Ein Zufallsgenerator entscheidet, welcher Patient das wirksame Medikament X und das Placebo-Medikament Y bekommt. Auf diesem Wege der randomisierten, d.h. zufallsgesteuerten Zuordnung kann die Therapiewirkung ohne suggestive Einflüsse des Arztes und ohne die Autosuggestion des Patienten untersucht werden. Generationen von Psychotherapieforschern haben sich damit abgequält, dieses Design auf die Psychotherapie zu übertragen, d.h. einen zufälligen Teil der Patienten richtig zu behandeln und die zufällige zweite Hälfte warten zu lassen oder ihr eine Pseudotherapie zu verabreichen. Das ist ein Experiment und es funktioniert unter experimentellen Bedingungen.

Dieses Postulat einer empirisch-experimentellen Prüfung kann jedoch um so weniger erfüllt werden, je eher es sich um wirkliche Patienten unter alltäglichen Therapiebedingungen und je eher es sich um Langzeittherapien handelt. Wirkliche Patienten haben im Gegensatz zu Versuchspersonen Subjektcharakter, d.h. sie haben ihre eigenen Vorstellungen, Überzeugungen, subjektiven Theorien, Absichten und Motivationen. Man mußte lernen, daß es wenig Sinn hat, sie zu randomisieren, weil sie sich offen oder heimlich in jene Therapien zurückbewegen, für die sie sich eigentlich entschieden hatten. Hier bildet sich ein logischer Knoten: Wenn ein Patient die Therapie macht, für die er hochmotiviert ist, bedeutet das bereits einen therapeutischen Wirkfaktor, der nicht aus der Behandlung selbst, sondern aus der Motivation des Patienten stammt. Behandeln wir den Patienten jedoch ohne oder gegen seine Motivation, dann wird die Therapie ihre Wirkung nicht entfalten können. Eine experimentelle Situation kann nur mit Menschen arrangiert werden, die keine Motivation haben, also mit Versuchspersonen, die dafür bezahlt werden, daß sie etwas mit sich machen lassen.

Eine quasi experimentelle Anordnung mit randomisierter Patientenzuweisung – darauf hat interessanterweise neuerdings auch Seligman (1995) hingewiesen –

ist unter den naturalistischen Bedingungen der Langzeittherapie in der psychotherapeutischen Praxis aus folgenden Gründen nicht realisierbar:

- Patienten entscheiden sich selbst für bestimmte Therapien und Therapeuten oder Therapeutinnen in einem Motivationsprozeß, der sich oft über Jahre hinweg aufbaut.
- Die Patienten sind nicht symptomhomogen, sondern sie haben vielfältig verschachtelte Symptome und Probleme, die oft erst im Therapieverlauf deutlich hervortreten.
- Dadurch sind auch nicht alle Therapieziele von Anfang an festgelegt.
- Setting und Behandlungstechniken sind nicht zwangsläufig konstant, sondern werden nach den Erfordernissen des Behandlungsverlaufs variiert.
- Auch die Dauer der Behandlung ist nicht von Anfang an definiert.

Aus diesen Gründen, so erklärt Seligman, sei die Effizienzstudie klassischer Prägung die falsche Methode, um Psychotherapie, so wie sie wirklich in der Praxis durchgeführt wird, wissenschaftlich zu validieren.

Die Zurückweisung einer Psychotherapieforschung, die glaubt, nach den Regeln des naturwissenschaftlichen Experiments vorgehen zu müssen, beantwortet freilich noch nicht die Frage, wie Psychotherapieforschung denn anders realisiert werden kann.

Vielleicht ist es auch an der Zeit, die Frage neu zu stellen, anstatt weiter nach der unmöglichen Antwort zu suchen. Viele Methodiker in der akademischen Psychologie und in der Klinischen Psychiatrie stellen die Psychotherapie in einen naturwissenschaftlichen Kontext. Sie sehen sie z.B. als eine Ingenieurwissenschaft: Das professionell-korrekte und wissenschaftlich begründete Handeln des Psychotherapeuten (seine Technik) zeigt Wirkungen, die quantitativ erfaßt werden können. Oder sie verwenden Bilder aus der Pharmakologie: Die Menge psychotherapeutischer Interventionen (die Dosis) muß mit der Intensität der Wirkung in Beziehung gesetzt werden. Aber weder die Ingenieursmetapher noch die Pharmakologiemetapher sind geeignet, das psychotherapeutische Geschehen zu veranschaulichen. Die Vergleiche sind nicht in den Naturwissenschaften, sondern in den Humanwissenschaften zu suchen. Der Psychotherapeut hat mehr mit dem Pädagogen gemeinsam als mit dem Ingenieur; ähnlich wie beim Erzieher ist es seine Zuneigung für das sich Entwickelnde, sein von Hoffnung getragenes Engagement, welches den Patienten so lange begleitet, stützt und ermutigt, bis dieser die eigenen Ressourcen mobilisieren und sich verselbständigen kann. Auch in der Pädagogik wäre es nicht sinnvoll, Ursache-Wirkungszusammenhänge bezüglich des technisch richtigen pädagogischen Handelns oder Dosis-Wirkungszusammenhänge bezüglich der Menge der pädagogischen Interventionen zu berechnen. Menschliche Entwicklungsprozesse, und darum geht es in Pädagogik und Psychotherapie, können bei allem Respekt für die Notwendigkeit, Effektivität und Wirtschaftlichkeit zu belegen, damit nur schwer erfaßt werden.

5. Lösungsansätze für Forschungsprobleme in der Psychotherapie

Ohne eine Gesamtlösung vorschlagen zu können, möchte ich einige Gesichtspunkte diskutieren, die nach meinem Verständnis für eine zeitgemäße Psychotherapieforschung von Bedeutung sind, indem sie das Bemühen um eine selbstkritische Wissenschaftlichkeit ebenso wie die Besonderheiten des humanwissenschaftlichen Spezialgebiets Psychotherapie berücksichtigen.

Operationalisierung von Störung und Therapieziel. Die Störungen des Patienten und die Therapieziele sollten im Theoriesystem der durchgeführten Therapie operationalisiert werden. Als Beispiel will ich nochmals das bereits erwähnte System Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) aufgreifen. Mit ihm können die aus psychodynamischer Sicht bedeutsamen Auffälligkeiten in der Persönlichkeitsstruktur in den Konflikten und Beziehungsmustern erfaßt werden.

Innerhalb dieses Systems will ich die Operationalisierung der *Persönlichkeitsstruktur* kurz umreißen. Struktur bzw. strukturelle Störung ist für psychoanalytische Diagnostik eine zentrale Kategorie zur Kennzeichnung von Schwere und Qualität der Störung; entsprechend bedeutet strukturelle Stabilisierung und Reifung ein zentrales Therapieziel psychoanalytischer Behandlung. Unser Bemühen in einem jetzt im Anfang stehenden, von der DGPT unterstützten Studie zur psychoanalytischen Langzeitbehandlung ist es folglich, diesen für Psychotherapie spezifischen Bereich präzise zu erfassen, ihn als individuelles Therapieziel zu definieren und die Umstrukturierung im Verlauf der Behandlung zu beobachten.

Struktur wird anhand von sechs strukturellen Kriterien beschrieben (Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, Abwehr, Objektwahrnehmung, Kommunikation,

Bindung). Um die Inhalte dieser sechs Kategorien anschaulicher zu machen, haben wir sie in insgesamt 21 Items aufgelöst (Skala Ich-Selbst-Objektbeziehungen ISO II). Jedes von ihnen beschreibt eine psychische Funktion. Die Verfügbarkeit über diese psychischen Funktionen wird in vier Abstufungen des Struktur-niveaus beschrieben (gut, mäßig, gering integriert, desintegriert). Ein ausführliches Glossar liefert die Operationalisierungen für die 21 Stichworte auf den 4 Ebenen struktureller Integration.

Ich greife als Beispiel das Stichwort Identität heraus. Es ist definiert als „die Fähigkeit, das Selbstbild über die Zeit stabil und kohärent zu halten“. Bei guter Integration ist das Bild des Selbst in seinen Grundzügen über die Zeit konstant und kohärent; bei mäßiger Integration ist die Kohärenz des Selbstbildes durch situative Belastungen in Frage gestellt, der Patient wird gewissermaßen von den Umständen mitgerissen; bei geringer Integration wurde ein Gefühl der psychosexuellen und sozialen Identität nicht entwickelt, das Selbstbild wirkt verzerrt, d.h. großartig überzeichnet oder entwertet, der Untersucher wird zu unterschiedlichen Zeiten und Situationen mit völlig verschiedenen Seiten des Patienten konfrontiert. Auf dem Niveau der Desintegration besteht je nach Art der Psychose weitgehend fehlende soziale und sexuelle Identität (Schizophrenie) oder Überidentifikation mit der sozialen Rolle (manisch-depressive Psychose). In der Psychose kann eine neue, wahnhaftige Identität entstehen.

Als weiterer Gesichtspunkt sei die *Einbeziehung qualitativer Methoden* genannt (vgl. Boothe, 1994; Buchholz und Streeck, 1994; Faller und Frommer, 1994; Jüttemann, 1985; König und Zedler, 1995; Mayring, 1983; Wilke, 1988). Eine quantifizierende Erfassung von psychischen Merkmalen, also eine solche, die Beobachtungen bezüglich ihres Ausmaßes und ihrer Intensität

Tabelle 6. Operationalisierung von Struktur

		gut	mäßig	gering	desintegriert
Struktur	Selbstwahrnehmung	Selbstreflektion Selbstbild Identität Affektdifferenzierung			
	Selbststeuerung	Affekttoleranz Selbstwertregulation Impulssteuerung Antizipation			
	Abwehr	intrapsychische Abwehr Flexibilität der Abwehr			
	Objektwahrnehmung	Selbst-Objekt-Differenzierung Empathie ganzheitliche Objektwahrnehmung objektbezogene Affekte			
	Kommunikation	Kontakt Verstehen fremder Affekte Mitteilung eigener Affekte Reziprozität			
	Bindung	Internalisierung Lösung Variabilität der Bindungen			

in Zahlen ausdrückt und in biometrischen Modellen auf die Wahrscheinlichkeit ihres Auftretens berechnen kann, war lange Zeit die einzige wissenschaftlich akzeptierte Vorgehensweise. Sie bildet auch weiterhin gewissermaßen das Skelett in den meisten Forschungsvorhaben, doch was der Sache Gestalt und Form verleiht, sind die qualitativen Verfahren.

Die qualitativen Verfahren sind sehr viel stärker auf die sozialwissenschaftlichen oder humanwissenschaftlichen Belange zugeschnitten als die naturwissenschaftlich begründeten quantifizierenden Verfahren. Wenn die einen mit dem Skelett einer Untersuchung, die anderen mit deren Muskulatur verglichen werden können, so ergibt sich daraus, daß für das Zustandekommen einer Bewegung beide zusammenwirken müssen. Eine Studie, die heute nur mit einer Vorgehensweise auskommen will, erscheint einseitig. Beide gemeinsam können sich wechselseitig qualifizieren: immer wieder stellt sich die Frage, was die objektivierten Fakten eigentlich „bedeuten“, und umgekehrt muß geklärt werden, welches Gewicht, welche Häufigkeit oder Wahrscheinlichkeit den subjektiven Bedeutungen zukommt.

Als letztes Stichwort nenne ich die *Verknüpfung von Therapie-Outcome und Therapieprozeß*. In der Regel wird stillschweigend unterstellt, daß die Veränderung des Patienten im Zeitraum der Behandlung eben durch die Therapie selbst bewirkt wurde. Um das nachzuweisen ist es wichtig, das Zustandekommen des Therapieergebnisses im Therapieverlauf zu untersuchen. Wenn als Therapieergebnis eine Veränderung von eingangs diagnostizierten dysfunktionalen Beziehungsmustern festgestellt wird, ist es wichtig zu verstehen, durch welche Veränderungsprozesse und durch welche therapeutischen Interventionen im Behandlungsverlauf die Umstrukturierung herbeigeführt werden konnte. Die Therapie als black box, in die jemand krank hinein und

gesund herauskommt, ist seit langem kein akzeptables Modell mehr; für die Praxis war sie es ohnehin nie, weil jeder praktische Therapeut sehr genaue Vorstellungen davon hat, wie Veränderungen in Therapien zustandekommen (vgl. auch Leuzinger-Bohleber, 1995).

So sehen wir hier einen neuen Typus von Psychotherapiestudien, der den realen Bedingungen der psychotherapeutischen Praxis gerecht wird, statt ihr ein Experiment aufzuzwingen, einen Typus, der

- Psychotherapien dort untersucht, wo sie gemacht werden – in den Praxen statt im Forschungslabor der Institute;
- Psychotherapien so untersucht, wie sie durchgeführt werden – also in der Variabilität ihres therapiebedingten Entwicklungsprozesses anstatt im Prokrustesbett einer in Manualen festgelegten Interventionssequenz;
- die qualitativen Aspekte der Phänomene in Krankheit und Therapie stärker beachtet gegenüber einer rein biometrischen Quantifizierung;
- solche Erfassungsmethoden und Meßinstrumente verwendet, die der Eigenart und den theoretischen Konzepten des jeweiligen Verfahrens gerecht werden (das bedeutet z.B., daß psychoanalytische Therapien mit psychoanalysespezifischen Methoden und Instrumenten untersucht werden, anstatt daß ihnen standardisierte Instrumente übergestülpt werden, nur weil sie immer verwendet werden müssen).

Es handelt sich also um einen Typus von Studie, der die Substanz eines Therapieverfahrens und die in ihm möglichen therapeutischen Veränderungen (auch im Blick auf die Effizienz) sichtbar werden läßt. Die Charakterisierung dieses Vorgehens im Vergleich zur klassischen Effizienzstudie findet sich in Tabelle 8.

Tabelle 7. Charakteristika des quantifizierenden und qualitativen Vorgehens

	Quantifizierendes Vorgehen	Qualitatives Vorgehen
Zentrale Frage	wieviel?	wie?
Zielvorstellung	Messen von objektiven Eigenschaften	Verstehen von subjektiver Sinnzuschreibung
Vorgehen	Erfassen, Bewerten, Gewichten von „objektiven Fakten“	Erleben, Beschreiben, Einfühlen, Rekonstruieren, Verstehen von „subjektiven Fakten“
Bedingungen	experimentell variiert	natürlich vorgefunden
Strukturierung	strukturierte Test-, Rating-Situation	offene/halbstrukturierte Gesprächssituation
Orientierung	am Individuum	an der Beziehung
Gegenstand	Eigenschaften, Ergebnis	Prozeßgeschehen
Theoretische Voraussetzung	Hypothesen vorausgesetzt Hypothesen prüfen	theoretische Vorannahmen vermeiden
Ergebnis	Maße, Gewichte (Schwere, Häufigkeit, Wahrscheinlichkeit, Ausmaß) von Fakten	Bedeutung von Fakten
Gütekriterien	Objektivität, Reliabilität, Validität	reflexive Subjektivität, kommunikative Validität
Wechsel zur Gegenseite	was „bedeuten“ die objektiven Fakten qualitativ?	welches Gewicht (Häufigkeit, Wahrscheinlichkeit etc.) haben die subjektiven Fakten?

Tabelle 8

	Akzente in der klassischen (experimentellen) Effizienzstudie	Akzente in der Effizienzstudie unter Praxisbedingungen
Zuweisung	randomisiert	Therapiewahl durch Patient und Therapeut
Planung	definitive Festlegung von Technik, Dauer, Ziel	Flexibilität innerhalb eines therapeutischen Rahmens
Durchführung	nach Manual	nach therapeutischer Erfahrung nach therapeutischem Erfordernis
Zeit	eher Kurzzeit	eher Langzeit
Störungsbilder	symptomhomogen	heterogene Symptome und Konflikte
Evaluation	empirische quantitative Ansätze	empirische qualitative Ansätze
Umfang	hohes N erforderlich	mittleres N genügend
Instrumente	standardisierte Meßinstrumente	settingspezifische Instrumente theoriespezifische Operationalisierungen
Erfolgsbeurteilung	statistische Signifikanz	klinische Relevanz
Zentrale Frage	wieviel hat sich verändert?	was hat sich wie verändert?

6. Die Zusammenarbeit von Forschern und praktischen Therapeuten

Über die Schwierigkeit der Kooperation von praktischen Psychotherapeuten und Forschern wurde viel gesagt und geschrieben. Die Gründe dafür liegen auf der Hand. Der Reduktionismus der Forschung geht in den Augen der Praktiker bis zur groben Simplifizierung. Nach der Meinung der Praktiker suchen die Forscher in hochkomplexen Ereignisketten nach scheinbar einfachen Grundlinien und Verallgemeinerungen, die sie in Durchschnittswerten für Stichproben zum Ausdruck bringen. Damit werden sie der Einmaligkeit des einzelnen Patienten, der einzelnen Lebensgeschichte, der einzelnen Behandlung und der einzelnen Therapiesitzungen nicht gerecht. Diese strikte Individualisierung ist das große Plus der praktischen Psychotherapie, sie garantiert jedem Patienten den Respekt vor seiner ganz persönlichen Lebenserfahrung und die Suche nach ganz individuellen Problemlösungen in einer jeweils auf nur ihn zugeschnittenen Therapie.

Dieses Credo des psychotherapeutischen Praktikers mündet aus der Sicht des Forschers allerdings leicht in einen wissenschaftlichen Nihilismus: „Wie sollte man ein so individuelles, nur von den beiden beteiligten Subjekten gestaltetes und nur von ihnen verstehbares Geschehen erfassen und wissenschaftlich untersuchen können?“

Forscher und Therapeuten sind offenbar grundverschieden. Der Therapeut sucht nach *Evidenz*; wo er sie findet, versucht er sie zu maximieren. Es ist primär seine Evidenz, seine persönliche Überzeugung von der Stimmigkeit und Sinnhaftigkeit des therapeutischen Geschehens; diese Evidenz versucht er mit seinem Patienten zu teilen. Die so gewonnene gemeinsame Evidenz ist das eigentliche Ziel, es ist eine Erfahrung, die

nur in der Beziehung möglich wird, eine Erfahrung, die gleichermaßen Züge der rationalen Einsicht und des emotionalen Berührtwerdens trägt, ein gemeinsames Erleben von Gewißheit miteinander und voneinander, manche nennen es die Begegnung mit dem Unbewußten. In dieses Erlebnis der freudigen Entdeckung, „ja da ist es und genauso ist es“, werden vom Therapeuten auch die guten Objekte seiner Zunft einbezogen, „genauso ist es, wie wir es uns theoretisch immer vorgestellt haben, und wie unser großer Lehrer es uns mitgeteilt hat“.

In den Augen des Forschers erscheint das nicht als eine wissenschaftliche Einsicht, sondern eher wie eine künstlerische Erfahrung oder ein quasi religiöses Erlebnis, eine Art von Kommunion; er denkt an Thomas Mann, der in einer Würdigung Freuds (1929) Psychoanalyse beschrieb als „das große Zurück ins Nächtige, Heilig-Ursprüngliche, Lebensträchtig-Vorbewußte, in den mythisch-historisch-romantischen Mutterschoß“, „dem Chthonischen, der Nacht, dem Tode, dem Dämonischen, kurzum einer vorolympischen Ur- und Erdreligiosität zugewandt“.

Dem Forscher ist es nicht gegeben, sich in solches Evidenzerleben einzuschwingen, er ist auf eine *skeptisch-kritische Grundhaltung* festgelegt: „Das klingt evident, so könnte es sein, wir wollen es als Vermutung gelten lassen, aber auch das Gegenteil für möglich halten und deshalb prüfen, was am wahrscheinlichsten ist. Dazu machen wir ein Experiment, in welchem wir die Ereignisse variieren und empirisch untersuchen. Oder, wenn wir dazu noch nicht in der Lage sind, erstellen wir eine möglichst dichte, möglichst vorurteilsarme Beschreibung des Geschehens“. Was der Forscher dabei an Ergebnis präsentiert, vorsichtig formuliert, in Tabellen angeordnet, in Korrelationswerten gewichtet, interessiert in der Regel den psychothera-

peutischen Praktiker und den Theoretiker wenig. Schlimmstenfalls erntet der Forscher heftige Ablehnung für sein empirisches Bemühen. Dieter Wyss (1988) spricht von einer „pseudowissenschaftlichen Korrelationsakrobatik“, einer „an der modernen Rattenpsychologie orientierten Konfabulation“, welche eine „Destruktion der menschlichen Person“ zum Ziel habe. Die Negativbilder, welche Praktiker und Forscher voneinander entwerfen, sind bestens geeignet, alle denkbaren Polarisierungen aufzunehmen: Hier Vernunft, die als kalte Rationalität abqualifiziert wird, dort Emotionalität, die im Verdacht des Irrationalen steht. Hier intuitives ganzheitliches Erleben, das als naiv abqualifiziert werden kann, dort empirisches Zergliedern, welches verdächtigt wird, seinen Gegenstand zu zerstören, hier Schöngeister, da Kleingeister, wie es kürzlich in einer Diskussion formuliert wurde. Man kann sich ähnliche Polarisierungen in der Diskussion zwischen Linken und Rechten, Jungen und Alten, Männern und Frauen ausmalen und hat damit bereits die Lösung gefunden: Die vermeintlich unvereinbaren Gegensätze sind in Wahrheit die zwei Seiten einer Medaille. Sich ganz auf die eine Seite zu stellen und die andere zu bekämpfen, ist die einfachste Lösung für eine solche Ambiguität. So müssen wir annehmen, daß jeder Psychotherapeut die zwei Seelen in seiner Brust trägt: die eine Seite, die sich begeistert, motiviert, engagiert, fast gläubig in den Strom des therapeutischen Geschehens wirft und sich davon mitreißen läßt und die andere Seite, die sich zweifelnd und kritisch selbst beobachtet, bereit einzugestehen, daß es Dinge gibt, die man noch nicht weiß und daß Dinge, die man sicher zu wissen glaubt, sich als Irrtum erweisen können.

Obwohl diese beiden Seiten oft polarisiert und personifiziert auftreten, habe ich genügend Beispiele dafür erlebt, daß Therapeuten und Forscher durchaus produktiv zusammenarbeiten können. In der Berliner Psychotherapiestudie waren es rund 20 niedergelassene Psychoanalytiker, 20 Psychotherapeuten aus dem stationären Bereich und ein halbes Dutzend Forscher, die über mehrere Jahre hinweg 700 Psychotherapiepatienten untersucht und die daraus resultierenden 300 Behandlungen auf Verlauf und Ergebnis hin studiert haben (Rudolf, 1991a, b). Auch für die jetzt beginnende Praxisstudie zur psychoanalytischen Langzeittherapie, die wir mit Unterstützung der Dachgesellschaft Deutscher Psychoanalytiker DGPT durchführen, haben sich die entsprechenden Kontakte gut entwickelt. Voraussetzung für die positive Kooperation der beiden gegensätzlichen Gruppen ist es, daß der beharrliche Versuch, einander zu überzeugen, allmählich in den Versuch, einander zu verstehen, übergehen kann. Dieser interaktionelle Aushandlungsprozeß kann allerdings Jahre dauern und erfordert sehr viele Diskussionen, wo auch immer sich dazu die Gelegenheit bietet.

Zu den äußeren Anlässen, die gegenwärtig ein Näherrücken von Therapeuten und Forschern in ihrer Zusammenarbeit begünstigen, wirkt in der BRD die gesetzlich verankerte Verpflichtung zur *Qualitätssicherung*. Alle Therapeuten sind aufgefordert, eine Antwort auf die Frage zu suchen, wie sie die Qualität ihrer

Tätigkeit sicherstellen können. Im Hintergrund steht allerdings die Drohung, daß, falls die Therapeuten sich selbst kein System der Qualitätssicherung schaffen, ihnen eines von außen auferlegt wird. An die Stelle der wünschenswerten Selbstreflektion des eigenen professionellen Tuns träte damit eine schwer erträgliche und wenig produktive Fremdkontrolle. Hier stellt sich eine Aufgabe, die nur durch eine intensive Zusammenarbeit von Therapeuten und Forschern realisiert werden kann. Ähnlich wie in der viel breiter angelegten Psychotherapieforschung muß auch auf diesem engeren Sektor der Qualitätssicherung das zusammengefügt werden, was aus der Sicht der Therapeuten unter den Arbeitsbedingungen der Praxis möglich ist und was aus der Sicht der Forscher methodisch-wissenschaftlich nötig ist, um die Qualität therapeutischer Arbeit – hier in der ganzen Bandbreite des Begriffes Qualität – sicherzustellen.

Literatur

- Anstadt Th, Merten J, Ullrich B, Krause R (1996) Erinnern und Agieren. *Z Psychosom Med* 42: 34–55
- Arbeitskreis OPD (Hrsg) (1996) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. Huber, Bern
- Boothe B (1994) Der Patient als Erzähler in der Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen Zürich
- Buchholz M, Streeck U (Hrsg) (1994) Heilen, Forschen, Interaktion. Psychotherapie und qualitative Sozialforschung. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Faller H, Frommer J (Hrsg) (1994) Qualitative Psychotherapieforschung. Grundlagen und Methoden. Asanger, Heidelberg
- Grawe K (1992) Psychotherapieforschung zu Beginn der 90er Jahre. *Psychologische Rundschau* 43: 132–162
- Jüttemann G (Hrsg) (1985) Qualitative Forschung in der Psychologie. Beltz, Weinheim Basel
- Kächele H (1994) Klaus Grawes Konfession und die psychoanalytische Profession. *Psyche* 49: 481–492
- König E, Zedler P (Hrsg) (1995) Bilanz qualitativer Forschung. Bd II: Methoden. Deutscher Studienverlag, Weinheim
- Langenmayr A, Kosfelder J (1995) Methodische Entscheidungen in der Evaluation von Psychotherapie. *Z Klin Psychol Psychopathol Psychother* 43: 273–290
- Leuzinger-Bohleber M (1995) Die Einzelfallstudie als psychoanalytisches Forschungsinstrument. *Psyche* 49: 434–480
- Mann Th (1929) Die Stellung Freuds in der modernen Geistesgeschichte. In: Die psychoanalytische Bewegung 1: Heft 13–32
- Mayring P (1983) Qualitative Inhaltsanalyse. Beltz, Weinheim Basel
- Popper KR (1984) Auf der Suche nach einer besseren Welt. Piper, München
- Rudolf G (1991a) Die therapeutische Arbeitsbeziehung. Untersuchungen zum Zustandekommen, Verlauf und Ergebnis analytischer Psychotherapien. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Rudolf G (1991b) Die Beziehung zwischen Psychotherapieforschung und psychotherapeutischer Praxis. In: Buchheim P, Cierpka M, Seifert Th (Hrsg) Psychotherapie im Wandel. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Rudolf G (1995) Psychotherapeutische Medizin. Ein Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage. 2. Aufl. Enke, Stuttgart
- Rudolf G, Manz R (1993) Zur prognostischen Bedeutung der therapeutischen Arbeitsbeziehung. *Psychother Psychosom Med Psychol* 43: 193–199

- Rudolf G, Grande T, Porsch U (1988) Die initiale Patient-Therapeut-Beziehung als Prädiktor des Behandlungsverlaufs. *Z Psychosom Med* 34: 32–49
- Rudolf G, Manz R, Öri Ch (1994) Ergebnisse psychoanalytischer Therapien. *Z Psychosom Med* 40: 25–40
- Seligman M (1995) The effectiveness of psychotherapy. *Am Psychol* 50: 965–974
- Schulte D (1995) How treatment success could be assessed. *Psychother Res* 5: 281–296
- Wilke S (1992) *Die erste Begegnung*. Asanger, Heidelberg
- Wyss D (1988) *Neue Wege in der Psychosomatischen Medizin*. In: Rechenberger HG, Werthmann HV (Hrsg) *Psychotherapie und Innere Medizin*. Pfeiffer, München

Korrespondenz: Prof. Dr. med. Gerd Rudolf, Psychosomatische Klinik der Universität Heidelberg, Thibautstraße 2, D-69115 Heidelberg, Bundesrepublik Deutschland.

Prof. Dr. med. Gerd Rudolf, 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.