

Das Flimmern auf der Leinwand: Psychotherapieforschung und Psychotherapie

Jaeggi, Eva

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Jaeggi, E. (1994). Das Flimmern auf der Leinwand: Psychotherapieforschung und Psychotherapie. *Journal für Psychologie*, 2(1), 53-63. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-20814>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Aktuelles Thema

Das Flimmern auf der Leinwand: Psychotherapieforschung und Psychotherapie¹

Eva Jaeggi

Daß Psychotherapieforschung dann, wenn sie sich mit Machträgern verbindet, eminent wichtig werden kann, hat die jüngste Entwicklung bewiesen, als durch das Fachgutachten von Grawe (1991) plötzlich Therapie-schulenvertreter und Therapeuten aufgescheucht wurden, weil sie um ihre Pfründe bangen mußten.

Follegutachten und Gegengutachten wurden produziert, die vielerlei Mängel des Grawe-Gutachtens sehr differenziert zur Debatte gestellt haben. Die schon vor Jahren totgesagte Erfolgskontrollforschung, gar die Metaanalyse, kam damit wieder zu unverhofftem Ansehen, zumindest unverhofft ins Gerede. Obwohl ich persönlich mich geärgert habe über einen Rückfall in den „kalten Krieg“ der Psychotherapieforschungszeit, habe ich doch im Laufe der letzten Monate den Gewinn gesehen, den uns dieser – nunmehr vielleicht schon wieder abklingende? – Streit gebracht hat. Der Gewinn liegt im näheren Hinsehen auf Forschung, in der Chance einer Neubesinnung auf das, was Forschung einer bestimmten Art leisten kann und nicht leisten kann und in welcher Weise sie vor allem für den Alltag des Psychotherapeuten fruchtbar zu machen wäre.

Als ich in der letzten Zeit daraufhin ziemlich viele Ergebnisse einer positivistisch konzipierten Forschung zur Kenntnis genommen habe – egal ob es sich um Prozeßforschung oder um Erfolgsforschung handelte –, hatte ich

das Gefühl, ich sähe mir einen uralten Film an, wo alles nur schattenhaft an einem vorüberhuscht, die Töne krächzend und unverständlich verzerrt wirken und zwischen Lichtflimmern und schwarz-weißem Schneegestöber manchmal ein paar Figuren sichtbar werden. Anders gesagt: Das, was ich als Psychotherapeutin erlebe, spiegelt sich in der Forschung nur so schattenhaft wider, daß es kaum zu erkennen ist. Ich werde weiter unten einige Erklärungen dafür suchen, warum diese Art der Forschung trotzdem noch immer gebannt angestarrt und mit ungemein hohem Aufwand weiter betrieben wird.

Was ist Psychotherapie?

Bevor man sich einem Forschungsgegenstand annähert, sollte man sich – das ist einfach eine gute und alte Wissenschaftstradition – seinem Gegenstand von möglichst vielen Seiten her annähern und sehen, „was das eigentlich ist“, diese Psychotherapie. Das aber heißt: Man muß schon vor dem Forschen eine Vorstellung davon haben, wie man Psychotherapie auffaßt und man muß reflektierend erkennen, welche Konstrukte sich dahinter verbergen.

Das griechische Wort *therapein* heißt wörtlich: einem guten Freund beistehen und helfen. Hier findet sich schon viel von dem, was Psychotherapie im modernen Sinn ausmacht.

Psychotherapie steht, historisch gesehen, im Schnittpunkt sehr bedeutsamer Berufsgruppen: Arzt, Priester, Lehrer – das sind die

1 Vortrag am 17. 2. 1993 im Rahmen des Kongresses der Neuen Gesellschaft für Psychologie in Berlin

wichtigsten Vorfahren dieses Berufes, und von jedem dieser Berufsfelder hat der moderne Psychotherapeut ein mehr oder weniger großes Stück abgeschnitten – zum Teil kann man die Therapieschulen darin sogar ein Stück weit unterscheiden.

Als Psychotherapie anfang, zu einer wissenschaftlich ernstzunehmenden Disziplin zu werden (mit Errichtung eines Theoriegebäudes, bestimmter Handlungsanleitungen und Bezugsetzung zur Ätiologie von Störungen), ein Prozeß, der mit Entwicklung der Psychoanalyse als Disziplin etwa begann, wurde sie von den jeweils aktuellen historischen und sozialen Strömungen aufgegriffen und verwendet. Die Psychoanalyse, die, dem Willen ihres Gründers gemäß, als eine medizinisch zu verstehende Heilungslehre begann, wurde im Laufe des 20. Jahrhunderts so wie viele nach ihr entstandene Therapieschulen immer mehr erweitert in den Bereich von Sinnfindung, Lebensplanung, Orientierung nach individuellem Muster.

Die schon für das 19. Jahrhundert mit Beginn des psychologischen Romans von Lionel Trilling (1979), dem Literatursoziologen, konstatierte Wendung von der Aufrichtigkeit zur Authentizität wurde im Laufe der Individualisierungsbestrebungen (Beck & Beck-Gernsheim 1990) immer wichtiger. Authentizität – kurz gesagt: die Aufhebung der Selbsttäuschung – war schon im Freudschen Ansatz als „Bewußtwerden von Unbewußtem“ vorhanden und wurde später zu einer immer expliziter werdenden Norm für den Menschen insgesamt, aber vor allem für den therapierten Menschen.

Diese Norm, die sich in einer neuen Art der Selbstdarstellung, nunmehr sozusagen vor dem eigenen Ich und nicht vor der „Welt“ äußert – man mag darin übrigens schon wieder ein neues Stück Fassade entdecken –, diese Forderung durchzieht fast alle Therapien und diktiert viele Techniken. Therapie ist also – und das fast gegen den Willen von Freud auch schon seit den Anfängen der Psychoanalyse – weit mehr als eine simple Heilung, wie sie von manchen Ärzten noch immer gesehen wird, obwohl sie das oft *auch* ist. Sie bedeutet für den Menschen des 20. Jahrhunderts eine Möglichkeit, sich über den Versuch der Aufhebung von Selbsttäuschungen einen erweiterten Spielraum zu

schaffen für eine möglichst „maßgeschneiderte Individualität“ – gegen den Konformitätszwang einer medienbeherrschten komplexen Großgesellschaft. Es soll jeweils eine neue, diesmal ganz und gar eigene Sinn-dimension gefunden werden. Das „Einholen“ aller Bestrebungen nach Individualität durch gesellschaftliche Institutionen, das von Cohn und Taylor so prägnant beschrieben wurde, soll durch die immer neue Suche nach dem „Ureigensten“ übertrumpft werden. Ein dafür herausragender Ort ist die Psychotherapie.

Neue Sinngebungen und neue Wege zur Authentizitätsbemühung – egal, ob sie sich auf religiöse Erfahrung bezieht oder auf Anleitungen pädagogischer Art – sind nur auf dem Wege des Dialogs möglich. Welche historische Zeit oder welchen Ort immer wir aufsuchen: Diese Art von Erfahrung hat ihren Platz im Geschehen zwischen Menschen oder zwischen Gott und Mensch. Sie wird immer wieder gesehen als ein Ringen zwischen Zweien oder mehreren, als eine Art von Kampf, in dem der Ausgang ungewiß ist und beide Exponenten gleichermaßen intensiv, wenn auch unterschiedlich, beteiligt sind. Stellen wir moderne Psychotherapie in diesen Rahmen, dann wird klar, daß hier andere Wege zur Erforschung dieses Geschehens zu beschreiten sind, als wenn wir es mit der bloßen Verabreichung einer Medizin zu tun haben.

G. Fischer (1989) hat, dieser Auffassung des Prozesses gemäß, darauf hingewiesen, daß psychoanalytische Therapie (er vermerkt aber, daß vermutlich in sehr vielen anderen Therapien dasselbe zu entdecken wäre) am adäquatesten als ein dialektischer Prozeß zu fassen ist, und das auf sehr vielen Ebenen und in sehr vielen Facetten. Die Grundfigur dieser speziellen Dialektik sähe etwa so aus: Einem Verneinen einer psychischen Streben (=Verdrängung, Unbewußtmachen, Nicht-Wahrnehmen) folgt die Verneinung dieser Verneinung (Negation der Negation), was durch diverse Interventionen des Therapeuten möglich ist. Daraus aber folgt eben nicht ein im aussagenlogischen Sinn nun wieder einsetzender Zustand, wie er vor der ersten Verneinung aufgetreten ist; der nächste dialektische Schritt ist der der „Aufhebung“ im doppelten Sinn. Es entsteht eine neue psychische Figur, die nun integriert wird in ein langsam

neu sich bildendes Geflecht. Diese Dialektik ist nur sinnvoll zu denken, wenn man das Konzept des Unbewußten ernstnimmt. Die doppelte Verneinung beschreibt einen – oft schmerzvollen – in weiten Teilen nur vage bewußten Weg, der nicht einfach nur an den Ausgangspunkt zurückführt – etwa, wie triviale Psychoanalysezereptionen meinen, zurück zur Kindheit. Auch nicht – und hier wären die Humanistischen Therapien gemeint – an einen „Ursprungsort“, an dem der „innere Seismograph“ wieder wie vor Urzeiten funktioniert. Die doppelte Negation bewirkt etwas Neues, in dem das Alte aufgehoben ist: ein neues und erwachsenes Konzept (*kein* Beleben des „inner child“) der eigenen Person. Nicht nur wird dem Ich der Weg freigemacht, sich einfach dorthin auszubreiten, wo früher Unbewußtes war. Dieses Ich wird selbst anders, voller, kompetenter dadurch. Die „Trockenlegung der Zuydersee“ verändert Meer und Land. Nichts ist, wie es einmal war. Genau das aber ist der Auftrag moderner Psychotherapie: Neuorganisation, Erweiterung der Selbstbestimmung, Finden eines eigenen Weges. Bei diesem Prozeß, der ja als ein Dialog angesetzt ist, muß auch beachtet werden (Müller-Braunschweig hat schon vor 40 Jahren darauf hingewiesen), daß natürlich *beide* Partner einer Veränderung unterliegen, Therapeut und Klient.

Die Neuorganisation wird auf dem Weg (der zugleich das Ziel markiert) einer reorganisierten Interaktion, die dauernd in der Reflexion aufgehoben werden muß, erworben. Interaktion ist also nicht einfach ein „Einander-Beeinflussen“, sondern eine im Reflexionsprozeß immer wieder neu sich bildende Figur. Das eben ist ihre dialektische Form.

Faßt man also die Beziehung zwischen Patient und Therapeut dialektisch, dann ist zu bedenken, daß hier zwei Subjekte einander „aufheben“, das heißt: Jeder sieht sich nun auch gespiegelt im anderen und verändert dadurch sich selbst sowie die Beziehung, die nunmehr gekennzeichnet ist durch ein neues Niveau von Interpretationen.

Das ist etwas anderes, als Interaktionstheoretiker (auf denen fast alle herkömmliche Psychotherapieforschung beruht), dies konzeptualisieren. Dort werden zwei Individuen einfach zusammengetan und „beeinflussen“ einander. Sie sind also – wie So-

zialisierungstheoretiker dies allgemein konzeptualisieren – von außen her beeinflusst. Die Verwandlung in der Beziehung, also: die Introjektion des Fremdbildes sowie die Perspektivenübernahme der Beziehungsebene, die der jeweils andere innehat: das sind Prozesse, die in Fragebogen und Checklisten von der Art: „Heute war mein Therapeut einfühlend“, „Ich fand die heutige Therapiesitzung richtig gut“ u. ä. m. (z. B.: Berner Therapiestudie von Grawe und Mitarbeitern 1990) nur sehr unvollkommen zum Tragen kommen. Es ist sehr schwer, jeweils zu bestimmen, worum es sich bei solcherart konzipierten Fragen und Antworten eigentlich handelt. (Um einige mögliche Überlegungen zu nennen: Wurde eine regressive *folie à deux* geschaffen, wenn beide die Therapiesitzung „richtig gut“ finden? Oder ist es eine Vereinnahmung des Klienten durch den Therapeuten? Alles ist möglich. Was nicht möglich ist bei derlei Forschung: die *Szene* zu rekonstruieren: darauf aber soll noch näher eingegangen werden.)

Grawe und Mitarbeiter haben in der Berner Psychotherapiestudie versucht, den Interaktionsprozeß in seiner Verflochtenheit zu erfassen. Ihr Vorgehen – und dies demonstriert schon sogenannte „fortschrittliche“ Therapiestudien – sieht dabei so aus: Sie fragen Patient und Therapeuten nach jeder Stunde mit einem Fragekatalog nach ihrer Beziehungserfahrung ab. (Dies alleine schon ist therapiewidrig). Es wird dann nachgesehen, wieviele Items jeweils korrelieren. Ein Therapeut, bei dem viele Items korrelieren, gilt dieser Studie nach als besonders beziehungsfähig, er hat sich besonders gut auf den Patienten „eingestellt“. Wenn also zum Beispiel beide nach der Therapiesitzung sagen, sie hätten die Sitzung heute besonders gut gefunden oder beide sagen, daß nun die wirklichen Probleme angepackt werden, oder daß sie einander sympathisch sind, dann, so die Logik dieses Vorgehens, ist die Beziehung „gut“, und das heißt, auch die Therapie wird „gut“ sein. (Übrigens hat sich das zumindest in dieser Studie noch nicht einmal bestätigt; offensichtlich hat man irgendein nichtssagendes Artefakt gemessen!)

Was aber wird hier untersucht? Nichts anderes als die Ansicht von zwei Personen über ein Geschehen, an dem sie beide betei-

ligt sind. Ihre Ansichten ähneln sich häufig, weil sie ja beide dasselbe beobachten. Offensichtlich nehmen sie beide die Beobachterposition ein und treffen sich ziemlich oft in ihrem Urteil. Was in einer guten Therapie aber wichtiger ist, ist etwas anderes. Es ist auf Therapeutenseite die möglichst klare Einfühlung (qua Gegenübertragung) in die latenten Bedürfnisse des Patienten, und auf Patientenseite die – je nach Störung verschieden – projektiv aufgeladene Wahrnehmung des Therapeuten, die hier eine Rolle spielt. Was mit dem Fragebogen abgefragt wird, ist vermutlich nichts anderes als das, was bei den Analytikern das Arbeitsbündnis genannt wird, und nie und nimmer das wesentlich veränderungswirksamere kompensatorische Übertragung/Gegenübertragungsgeschehen. Da könnte es nämlich geschehen, daß Therapeut und Klient über Stunden hinweg nicht auf einer Linie liegen, daß z. B. der Therapeut kraft seiner besseren Übersicht sehr viel eher weiß als der Patient, daß das momentane Unbehagen positiv zu beurteilen ist u. ä. m.

All dies ist zu bedenken, wenn man sich daran macht, diesen hochkomplexen Prozeß zu beschreiben und zu beforschen.

Es wird aus diesen wenigen Andeutungen schon klar, daß wir es hier mit einem Prozeß zu tun haben, der offenbar viel zu tun hat mit Liebesbeziehungen, religiösen Erkenntnissen und Erfahrungen der Freundschaft – also mit jener Art von dialogischen Erfahrungen, die unserem Beruf unter anderem auch zugrundeliegen.

Psychotherapie als Gegenstand der herkömmlichen Forschung

Das vorhin beschriebene Gefühl, einem kaputten Flimmerbild zuzuschauen, rührt, wie ich denke, von einem sehr beschränkten Verständnis von Psychotherapie, das dem positivistischen Forschungsprozeß zugrundeliegt. Die wegleitende Metapher dort ist die der Medikamenteneinnahme, deren Wirkungen untersucht werden. Dies gilt für die Prozeß- und für die Erfolgsforschung. Der Therapeut injiziert sozusagen ein Medikament (das ist irgendeine Intervention) oder – auch nicht besser! – er ist selbst ein Medikament. Dieses

Medikament hat nun auf denjenigen, dem es appliziert wird, Wirkungen; im prae-post-Vergleich werden sie festgestellt; sie sind, wie immer wieder betont wird, hochkomplex und in sich vernetzt, weshalb man möglichst viele Erfolgsmaße und möglichst viele Interventionen herausdestilliert und sowohl getrennt untersucht als auch – das bleibt meist ziemlich vage – auf statistischem Weg wieder zu irgendeinem Muster vernetzt. Therapie aber bleibt ein linear gedachter Prozeß, wo das Wirkmittel Therapie und Therapeut auf einen zu Behandelnden trifft. Man sieht nachher, welche Veränderungen sich ergeben und forscht (Prozeßforschung) auch noch nach, welche Wirksubstanz an welcher Stelle besonders gut gewirkt hat.

Nun wirkt natürlich immerfort alles, und deswegen ergeben sich auch immerfort irgendwelche Veränderungen – häufig werden sie auf triviale Weise abgefragt und auch trivial beantwortet. Geht man aber von einer neuen Reflexionsebene der Beziehungserfahrung aus – und das ist das Grundmuster aller Veränderungsdialoge –, dann kann Therapie qua Forschung nicht als ein linearer Prozeß eingefangen werden – zumindest alle diejenigen Therapieformen nicht, die sehr stark auf die Einsicht, auf Erkenntnis setzen, und wo der Therapeut als Person, um die diese Erkenntnis sich bildet, eine große Rolle spielt. Hier ist die Grundfigur der Dialektik adäquater. Vom Therapeuten geht keine meßbare einlinige Wirkung auf den Patienten aus (das wäre der Fall einer klaren Subjekt-Objekt-Trennung), sondern zwei Subjekte treffen sich zu einer gemeinsamen Aufgabe, die beide verändert.

Welche Fragen entstehen, wenn man den Therapieprozeß als einen linearen, bzw. dialektischen befragt?

Die in der Psychotherapieforschung zuallerst wichtige Frage hieß: Wirkt Therapie überhaupt? Die nächste hieß: Was wirkt? Diese Fragen sind zu befragen.

Wenn man nach der Wirkung fragt, weiß man, daß etwas ganz bestimmtes sich verändern muß, und man weiß auch, in welcher Richtung es sich verändern soll. Im einfachsten Fall: Das Symptom soll verschwinden!

Dies klingt einfach und selbstvident. Dies ist es aber nur, wenn wir uns den Standpunkt der Krankenkassen zu eigen machen. Schon immer waren die „Symptome“ im Psychischen nur in vager Analogie zum Somatischen zu sehen. Allzuschnell haben sie sich oft verändert, ob therapeutisch oder außertherapeutisch beeinflusst, war meist nicht klar zu bestimmen. Immer waren sie verbunden mit vielen anderen psychischen Unebenheiten, so daß es kaum jemandem möglich war zu sagen: „Außer meiner Phobie fehlt mir nichts“. In den letzten Jahren hat sich, wie man weiß, sogar statistisch nachweisbar, einiges verändert:

Die Beschwerden und Klagen der Patienten nämlich änderten sich, aus Patienten wurden oft Klienten. Jeder, der gezwungen ist, Krankenkassenanträge zu schreiben weiß, wie schwer es oft fällt, sich dem von der Reichsversicherungsordnung gedeckten Begriff von „Krankheit“ zu beugen, will man seine künftigen Patienten (Klienten) wahrheitsgetreu beschreiben. Nach ICD 10 oder DSM IIIR sind nur wenige Patienten zu klassifizieren. Meist behilft man sich mit der vagen Klassifikation irgendwelcher depressiven und ängstlichen Charakterzüge.

Diese neuen Klagen und psychischen Störungen aber sind nun nicht mehr so recht unterzubringen in einer Variablenpsychologie, wo man das Symptom als abhängige Variable daraufhin befragt, ob es sich im Zusammenhang mit der unabhängigen Variable Therapie in die Richtung auf „Heilung“ hin verändert.

Trotzdem wird dies in der Psychotherapieforschung getan. Man geht davon aus, daß der Patient selbst (unter Umständen sind es auch andere Personen) diese Beschwerden in ein Kategoriensystem einfängt, das mit Ist- und Sollwerten operiert. Dies geschieht mit solch schillernden Klagen wie: „Ich kann mich nicht durchsetzen“, oder „Ich fühle mich innerlich leer“, ebenso wie mit der schlichten Konstatierung von Migräneanfällen. Der Sollwert ist das angestrebte Ziel, nach Beendigung der Therapie kann man angeben, wie weit man sich vom Sollwert noch entfernt aufhält.

Jeder, der als Psychotherapeut gearbeitet hat, weiß jedoch, wie mühselig es ist, im Laufe des Prozesses herauszufinden, welche

Art von Veränderung denn eigentlich erstrebt werden soll. Natürlich gibt es Zielvorstellungen – beim Patienten und beim Therapeuten. Aber: eines ihrer Kennzeichen ist, wie eben im gesamten Prozeß: Diese Zielvorstellungen sind nicht ein für allemal festzustellen, sie verändern sich eben durch denjenigen Prozeß, der sie anzustreben glaubt. Auch dies ist ein dialektisches Element im Therapiegeschehen: Ziele werden gesetzt, müssen verneint werden, weil ihre Entstehung unentwerrbar vermengt ist eben mit der psychischen Störung, die in einem ersten Durchgang als eine „zu behebende“ angesehen werden muß, und dies alles wird aufgehoben in einem neuen Verständnis der eigenen Person mitsamt ihrer Zielsetzung, die sich nunmehr gründlich verändert. Nur Verhaltenstherapeuten gehen nicht so vor und beharren – zumindest in der Theorie – darauf, daß zuerst eine Zielvorgabe erfolgen muß, die Schritt für Schritt nachgeprüft wird. Natürlich *kann* man so vorgehen, obwohl nicht wenige Verhaltenstherapeuten auch schon erfahren haben, daß sie ihrem eigenen Paradigma immer wieder untreu werden müssen, um Erfolge zu erzielen. (Deshalb unter anderem auch die von vielen konstatierte Tatsache, daß Verhaltenstherapeuten sehr viel anderes machen als nur Verhaltenstherapie).

Das grundlegende Paradigma dieser Art positivistischer Forschung ist es eben, das vom Fortschrittsmodell diktiert ist: Der Prozeß schreitet zielsicher voran, nach vorher festzulegenden Kriterien. Das Problemlöseparadigma ist denn auch als ein allgemeines Prozeßmodell (sowie in den sogenannten „Problemlösetherapien“ sogar als ein spezielles) immer wieder favorisiert worden und wird explizit wie implizit als ein adäquates Modell angenommen.

Gerade sogenannt fortschrittliche Forschungsstudien arbeiten gerne mit individuell zu erstellenden Zielerreichungsskalen – in der Berner Studie wurden die Interviews, die man mit den Patienten und Therapeuten machte, sogar *nur* unter diesem Gesichtspunkt ausgewertet. Hier wird besonders klar demonstriert, daß das angebliche „Zu-Wortkommen-Lassen“ des Patienten wiederum eingeschränkt wird auf eine quasi-experimentelle Situation: Nur das kommt zu Wort, was vorgegeben ist.

Das Ziel einer Psychotherapie kann nicht von vornherein bestimmt werden, wenn man sie als dialektischen Prozeß betrachtet. Tut man es dennoch, dann begibt man sich auf den Standpunkt der Krankenkassen – und diese sind eigentlich nicht diejenigen, die unsere Forschung bestimmen sollten. Betrachtet man Psychotherapie als linearen Prozeß, dann erhält man unter diesem Gesichtspunkt zwar immer „irgendwelche“ Ergebnisse, aber sie ähneln eben dem Flimmerbild auf der Leinwand.

Nun ist dieses „Bild“ natürlich kein Fantasiegebilde. Es wurde ja sozusagen wirklich eine Kamera auf reale Personen und reale Geschehnisse gerichtet. Nur: Die Kamera und/oder das Filmmaterial sind schlecht. Es schießen, wie Wittgenstein dies schon in den Zwanziger Jahren einmal formuliert hat, „in der Psychologie Gegenstand und Methode haarscharf aneinander vorbei“. Immer wieder formulieren Menschen ihre Ziele explizit und bemühen sich, diese zu erreichen. Es liegt aber in der Natur der Sache des Psychischen, daß solche innerseelischen Zielerreichungsnormen dauernd verändert werden müssen, und zwar gerade durch den Prozeß der Bemühung um die Zielerreichung.

Die gesamte Effizienzforschung aber geht so vor, als könnte man durch die Verbindung von unabhängiger zu abhängiger Variable klarlegen, ob die Therapie ihr „Ziel“ erreicht hat. Dies ist dann ein „Erfolg“. Ich denke, daß man die Heurismen der Forschung verändern könnte, wenn man dieses Vokabular, das sich an Leistungsnormen anklammert, ersetzen würde durch neutralere Worte, einfach z. B. „Veränderung“ – ein Wort, das sowohl Therapeuten als auch Klienten sicher näher liegt als das Wort „Erfolg“.

Man sollte vielleicht – bevor man Effizienzforschung betreibt, empirisch erforschen, welche Vorstellungen von Veränderung auf Klienten- und auf Therapeutenseite überhaupt vorhanden sind. Die „Effizienz“ i. S. der Therapieforscher liegt sicher nicht jedem am Herzen, der den Wunsch nach Therapie hat. Effizienzforschung im Kontext dessen, der Fragen stellt, schiene mir allerdings interessanter als Effizienzforschung ohne jeden Bezug zu den Psychotherapie betreibenden und erleidenden Subjekten, die den Erfolg des mühseligen Tuns entweder bezweifeln

oder als selbstverständlich betrachten. Würde man, statt von vornherein ausgedachte Fragen vom Typ: „Welches ihrer Probleme hat sich am stärksten, zweit-, drittstärksten verändert?“ zu stellen, auf das gehorcht haben, was Patienten und Therapeuten über die Wirkungen ihrer Therapien berichten, dann hätte man sicher viele dummen Irrwege der Psychotherapieforschung vermieden. Dieses Negieren der psychischen Repräsentanz dessen, was wir Patienten und Therapeuten nach einer Therapie empfinden, zeitigt noch heute seine Folgen. Psychotherapie wurde umstandslos eingereiht in die Liste der „veränderungswirksamen Medikamente“.

Hier wäre noch einmal daran zu erinnern, daß Forschung sich an den Fragestellungen der beforschten Menschen zu orientieren hat: Expertenbefragungen z. B. können für eine Reihe von Fragen Wesentliches und Interessantes erbringen und Fragestellungen neu aufwerfen.

Wie immer, wenn man Lebenseinstellungen verändert, neuen Sinn erforscht, das Leben „verändert“: Man fragt sich selbstverständlich, *wie* denn dies geschehen konnte. Dies ist die Frage der Prozeßforscher.

Diese Frage ist selbstverständlich und legitim, sie ergibt sich sozusagen natürlicherweise im Prozeß des Therapierens selbst. Es gibt voneinander unterschiedene Ebenen, die sich bisher zur Antwort geeignet haben.

Die eine ist die therapieschulenimmamente: Jede Schule hat ihre spezifischen Vorstellungen darüber, was denn eigentlich wirksam sein möge in diesem Geschehen. Die zweite Ebene, ebenfalls eine Ebene der theoretischen Reflexion, ist die der schulenübergreifenden Betrachtung: Hier werden allgemeine Wirkvariablen postuliert und z. T. auch empirisch gesammelt (Strupp 1986; Orlinsky & Howard 1988).

Auf einer dritten Ebene aber versucht man mit möglichst vielen Operationalisierungen den therapeutischen Prozeß zu überziehen – und hier beginnt wiederum die Metapher von der Medikamentenwirksamkeit eine Rolle zu spielen. Was sozusagen nur „Füllsel“ ist und was der „echte“ Wirkstoff: das sind allerdings Fragen, die wiederum dem Prozeß nur sehr locker aufsitzen, und das ist vermutlich der Grund, weshalb die Resultate der Prozeßforschung bisher ganz besonders

dürftig ausgefallen sind. Denn dieser Prozeß, als ein dialektischer betrachtet, kann nicht gesehen werden als einer, der von ganz bestimmten Ingredienzien, die man dosiert dazuflügt oder abzieht, bestimmt wird.

Dialektische Prozesse müssen ganzheitlich betrachtet werden, nicht zerlegbar in Einzelvariablen wie „die Methode des leeren Stuhls“ plus die „Echtheit“ des Therapeuten und/oder die „Direktivität“. Es ist der „Anstoß“, der in einer Therapie gegeben wird und der sich dann fortpflanzt (die Chaostheorie ist nicht ganz zu Unrecht auf solche Prozesse angewendet worden) in eine Richtung, die nicht vorhersehbar und hinterher nur mühsam zu rekonstruieren ist. Mühsam deshalb, weil man die Nachzeichnung dessen, was – unbewußt oder halbbewußt – im Rahmen von These und Gegenthese verläuft, nicht in der Wirkmetapher der Medizin erfassen kann; es ist vielmehr die gegenseitige Veränderung von Patient und Therapeut in einem dialektischen Verhältnis, die hier „wirksam“ ist. Prozeßforschung im Sinne eines dialektischen Geschehens muß Instrumente bereithalten, die diesen Prozeß auch wiedergeben können: Und dies ist sicher mit einebnender, operationalisierender Variablenpsychologie, die mit jeweils vorgegebenen Zeiträumen und statistischen Größen arbeitet, nicht einzufangen. Hier wird das Flimmern auf der Leinwand oft besonders stark: Ab und zu ist etwas zu erkennen, aber verworren und verwaschen. Natürlich, so mag man sich wohl sagen: Wärme hat sicher etwas zu tun mit dem Fortschreiten der Therapie, ebenso die Konfrontation: ... aber wie denn? Was *genau* muß geschehen, damit die liebevolle Zuneigung auch „wirksam“ ist? Gibt es nicht auch Gegenbeispiele? Und die Forschungslage bestätigt gerade im Bereich der Prozeßforschung, daß – je nach Auswahl von Therapierichtungen, Klienten und Instrumenten – die Ergebnisse auch wiederum ganz anders sein können. (Dazu siehe: die Widersprüche bei den tausenden von Forschungen im Bereich der GT; Garfield 1982).

Praktiker haben daher, auch wenn die Fragen nach dem, was Veränderungen bewirkt, sich ihnen bei jeder Therapie neu aufdrängt, bisher von der Prozeßforschung äußerst wenig profitieren können. Nicht nur gilt, was von jeder Therapieforschung gesagt

werden kann: Der Durchschnitt hilft dem Einzelfall nichts. Nein: Auch die speziellen *Fragen* scheinen immer wieder nicht das zu treffen, was Therapeuten sich selbst fragen, sind immer nur ein dürftiger Abklatsch von dem, was ihnen als Problem vorschwebt.

Eine wichtige Dimension, in der sich die Unvereinbarkeit der beiden Prozeßmodelle (linear vs. dialektisch) besonders kraß darstellt, ist die zeitliche. Dialektische Prozesse sind auf der linearen Zeitachse schlecht darstellbar; es gibt keinen linearen Fortschritt, eher so etwas wie Sprünge in unvorhersehbare Richtungen – hier erscheint das vorher behandelte Thema der Unmöglichkeit von Zielvorgaben übrigens wieder durch. Sehr viele Prozeßforscher, wenn sie mit größeren Gruppen arbeiten, müssen sich aber auf festgelegte Intervalle einigen.

Willkürliche Messungen an fixen Zeitabschnitten (etwa: jede 3. Stunde wird ein Fragebogen zum bisherigen Geschehen ausgeteilt) erscheinen unter diesem Aspekt sinnlos und treffen eben nur andeutungsweise „auch mal etwas Wichtiges“. Noch bedeutungsvoller ist es aber, wenn man sozusagen ins Innere eines solchen Prozesses hineingreift und ihn unterbricht. Anders als beim linear gedachten Prozeß (gibt es den im Psychischen überhaupt?) kann natürlich jeder Eingriff (also das dauernde Dazwischenfragen, was bei einer großen Anzahl von Studien, speziell bei den von Grawe favorisierten Ansätzen, dauernd gemacht wird) als ein Übergriff ins Geschehen gesehen werden, das die Entfaltung von These und Gegenthese empfindlich stören kann; in der Terminologie der Psychoanalyse würde man sagen: was die Abwehr wiederum verstärkt. Wenn man sich als praktizierender Therapeut vorstellt, daß man selbst und auch der Patient manchmal nach jeder Stunde ein Resümee der Sitzung durch die Beantwortung von ca. 20-30 Fragen geben muß, dann wird einem erst klar, in welcher Weise dies das lebendige Geschehen abschneidet und verkehrt.

Man muß nicht Psychoanalytiker sein, um in allen diesen Studien, aber ganz besonders in ihren vorschnellen Interpretationen, denjenigen Faktor außer acht gelassen zu sehen, der vermutlich in allen wirklich guten Therapien eine Rolle spielt: nämlich die unbewußte Kommunikation, das Erfassen, von

„Szenen“, die vor allem im Symbol zu erfassende Wirkmacht bestimmter idiosynkratischer Bilder und Worte. Diese sind immer nur im Einzelfall erkennbar und im Kontext des Gesamtgeschehens als wirkmächtig erfassbar.

Ergebnisse vieler Studien zeigen die Schwierigkeit, die man bekommt, wenn man die Dimension des Unbewußten, die „Szene“, in der sich auf symbolischer Ebene etwas darstellt, nicht beachtet, in klarer Weise. Als ein Beispiel für viele: In einer Studie von Eybell et al. (1992) ergibt sich aufgrund von Ratings, daß Psychoanalytiker in Kurztherapien weniger aktiv sind als Gesprächspsychotherapeuten, daß sie außerdem (bei übrigens gleichem Therapieerfolg, gemessen an Rateraussagen) als gefühlsmäßig weniger dicht angesehen werden. Die beiden Merkmale korrelieren offensichtlich ziemlich hoch. Was soll daraus geschlossen werden? Daß Psychoanalytiker als weniger gefühlsmäßig beteiligt einzustufen sind? Das wäre doch vermutlich eine allzu vorschnelle Schlußfolgerung, die wiederum der Tatsache zu widersprechen scheint, daß die Erfolgsmaße sich nicht voneinander unterscheiden (und der Tatsache, die wir durch sehr viele Therapiestudien gepredigt bekommen: daß die emotionale Beziehung zwischen Patient und Therapeut sehr wichtig ist für den Erfolg!). Eher: daß die Rater mittels der ihnen vorgesetzten Instrumente nicht imstande waren, die (trotz Passivität der Therapeuten) unbewußten emotionalen Prozesse einzuschätzen. Keinen Psychoanalytiker wird das verwundern. Das Instrument der ratings von Therapeutenvariablen, wie sie in der vorliegenden Studie gebraucht wurden, ist der Gesprächstherapie entwachsen und hat die phänomenale Struktur der Beziehung, so wie sie aus dem Kontext herausgerissen erscheint (die gerateten Intervalle betragen 3 Minuten zu Anfang und Ende jeder xten Therapiestunde) zum Gegenstand. Daß zum Beispiel im Schweigen sich sehr viel konstellieren kann, kann dabei nicht in Betracht gezogen werden. Natürlich weiß dies auch jeder Gesprächstherapeut ganz intuitiv; die Studie legt ihm im übrigen den ziemlich sicher falschen Schluß nahe, er möge dauernd reden, damit er auch „gefühlsmäßig nahe“ erscheint. Ich denke, daß kein vernünftiger Praktiker dies so machen wird. Hier

zeigt sich wieder einmal, wie weit entfernt vom Geschehen die operationalisierenden Verfahren sind. Schon die Herausarbeitung von Variablen wie „gefühlsmäßige Nähe“ erscheint sehr problematisch. Die Operationalisierung in den Anleitungen für Rater macht das Geschehen nochmals ungreifbarer. Wird dann auch noch, wie üblich, das Urteil in eine Nominalskala gepreßt: dann ist vom ursprünglichen Geschehen in der Therapie auch schon nichts mehr vorhanden.

Welche Methoden sind adäquat?

Es soll nicht der Eindruck erweckt werden, als sei das psychotherapeutische Geschehen nicht erforschbar, als seien vor allem die Fragen nach dem, was in einer Therapie denn eigentlich „wirkt“, unbeantwortbar.

Psychotherapie, so wurde eingangs festgestellt, ist ein nicht dem medizinischen Heilungsprozeß vergleichbarer Vorgang. (Übrigens verläuft auch der, moderner Medizin nach, nicht linear und kausalistisch!). Er ist als ein kritisches Lebensereignis zu betrachten, in dem Selbstheilungskräfte ebenso wie das Akzeptieren von Hilfe eine Rolle spielen; ein Ereignis, in dem eine Biographie auf einen bestimmten Punkt gebracht und unterbrochen wird, und das geschieht, Forderungen der Moderne gemäß, durch eine besondere Anstrengung nach Authentizität. In dieses Geflecht müssen wir uns hineindenken, wenn wir Forschung betreiben, in dieses Geflecht hinein müssen erst einmal theoretische Überlegungen ganz anderer Art einfließen, als wir das üblicherweise gewohnt sind, wenn einfach vielerlei Methoden und Operationalisierungen zusammenaddiert werden, um einen – unreflektiert gelassenen – Prozeß zu beforschen.

Natürlich steht der Einzelfall als dialogisches Geschehen – und damit als Subjekt-Subjekt-Beziehung – im Mittelpunkt – wie bei jeder Biographieforschung. Das Erzählen von Fällen hat seit jeher Generationen von Therapeuten Einblick verschafft in das Therapieschehen. Mit Recht aber hat man auch bemängelt, daß sehr oft nicht klar wurde, mit welchen Selektionskriterien hier erzählt wurde. (Ich erspare mir hier die Retourkutsche an positivistische Forschung, die natürlich nie

angeben kann, mittels welcher Selektionskriterien sie Fragebogen aussucht oder entwirft!)

Dies muß bei solchen Erzählungen, wollen sie den Kriterien von Wissenschaftlichkeit entsprechen, klar werden.

Dergleichen Forschung gibt es, allerdings recht selten und meistens wird sie von Psychoanalytikern betrieben, denen das „Erzählen“ ja von Beginn an nicht fremd war. Andere Therapieschulen könnten sich aber ohne weiteres anschließen.

Klare Kriterien dafür, unter welchen Gesichtspunkten man „erzählt“, klare Kriterien dafür, welche Verknüpfungen man versucht und wie Therapeut und Klientengeschehen als eine Einheit konzipiert werden: Das sind Forderungen, die man an eine Fallgeschichte oder an eine Behandlungsgeschichte oder an eine Krankengeschichte stellen muß. Es gibt aus der Biographieforschung Erfahrungswerte, wieviele „Fälle“ man erzählen muß, um „theoretisch gesättigt“ zu sein. Es sind meist nicht mehr als 15 – eine Zahl, die vielleicht nicht ganz ausreicht, um sämtliche Behandlungsverläufe innerhalb eines Therapieparadigmas zu beinhalten, aber doch auch wiederum vielversprechend für all diejenigen, die behaupten, es sei alles „viel zu komplex, viel zu wenig repräsentativ“ etc., um erforscht werden zu können.

G. Fischer (1989) hat an einem seiner Behandlungsfälle gezeigt, wie man eine solche Behandlungsgeschichte erzählt. Es liegt in der Natur der Sache, daß man dabei nicht die „Ergebnisse“ bekanntgeben kann. Dieser „Fall“ ist in verschiedenen, vorher festgelegten Dimensionen nachgezeichnet worden, wobei der Verflochtenheit von Bewußtsein und Unbewußtem in Patient und Therapeut, sowie der vorher klargelegten Auffassung eines dialektischen Prozesses Rechnung getragen wird. Der Vergleich mit empirisch bisher nur schwach gestützten Prozeßvorstellungen inhaltlicher Art (also in diesem Fall mit der Prozeßvorstellung von Fürstenau, der eine Abfolge des Geschehens entlang der psychosexuellen Entwicklung postuliert!) zeigt schon an diesem einen Fall, daß Fürstenau vermutlich rein intuitiv Wichtiges getroffen hat, er zeigt aber auch, daß es bestimmte Abweichungen davon gibt, die erforschbar sind und mit der zentralen Problematik des Patienten zu tun haben. Es scheint also nicht unmöglich, dies weiterzutreiben,

um zum Beispiel in kontrastierenden Beispielen (eine Methode, die sich in der qualitativen Forschung oft schon bewährt hat!) einen Überblick über wichtige Prozeßmerkmale zu bekommen. Sicher wird es dann keine Antworten auf die Frage geben: Was wirkt denn eigentlich? – so als könnte man die eigentliche Wirksubstanz herausfiltern aus dem ganzen Wust. Es wird aber neue Heuristiken geben über günstige Verläufe, über typische Verläufe und über günstige Interventionen.

Dies entspricht der Art und Weise, wie Psychotherapeuten denken und erinnern, in sehr viel besserer Weise, als wenn man sie mit Signifikanzen abspeist. Hier werden nämlich „Gestalten“ dargeboten, an denen sich jeder neue Fall messen kann, der in den Konkordanzen und in den Abweichungen immer wieder zum Vergleich herangezogen werden kann: So lernt sich das Kunsthandwerk der Psychotherapie sicher adäquater, als wenn man jemandem sagt: Bei einer (in ihrer Art nicht bekannten) gewissen Anzahl von Klienten haben wir mit direktiven Methoden bei einer Signifikanz von 0,1% mehr Erfolg als mit nicht-direktiven.

Auf induktivem Weg – dem Königsweg der Sozialwissenschaften – können mit viel Glück und vor allem mit viel Erfahrung Strukturen herausgearbeitet werden, vielleicht sogar Typen, deren Erforschung allerdings unabgeschlossen bleiben muß, weil jeder neue Fall, der sich nicht einfügt, einen neuen Heurismus hervorbringen kann.

Ein weiteres Beispiel: Ich halte es für einen glücklichen Gedanken von Buchholz u. Mitarbeitern (1992), sich darum zu kümmern, welche Fantasien sowohl Patienten als auch Therapeuten über den Therapieprozeß entwickeln. Es braucht viel Sorgfalt und Einfühlung, hier bei Katamnesen Fragen zu stellen und Auswertungsmodi zu finden, die dem Geschehen adäquat sind. (Schwer denkbar, daß man studentische Rater ohne viel Therapieerfahrung hier einsetzen kann.)

Eine andere fruchtbare Idee schien es mir auch, wenn man sich vergewissert, ob die ersten 5 Minuten wirklich schon etwas aussagen können über die zentralen Probleme des Patienten, und durch welche Parameter dies geschieht. (Wegner & Henseler 1991)

Hier wurde der behandelnde Therapeut um möglichst genaue Aufzeichnung über

diese ersten 5 Minuten im Erstgespräch geben; aufgrund dieser Aufzeichnung gaben erfahrene Therapeuten eine Interpretation dieser ersten Szene ab und verglichen diese Interpretation mit den nachfolgenden Erfahrungen des behandelnden Therapeuten, die er mit dem jeweiligen Patienten gemacht hatte.

Dies alles sind Fragestellungen, die nicht künstlich dem Therapiegeschehen aufgepfropft sind; sie sind entstanden aus jahrelanger Erfahrung mit dem Einzelfall und werden durch kollegiale Überprüfung und eine Systematisierung der jeweils zu beforschenden Situation beantwortet. Auch hier ist und bleibt die Situation „offen“: Jeder neue Fall könnte eine Erkenntnis erbringen, die das Ergebnis modifiziert. Bei der Gruppenüberprüfung qua Operationalisierung und Quantifizierung hingegen verschwindet der abweichende Einzelfall und kann nur schwer als ein neuer Heurismus fruchtbar gemacht werden.

Am Material untersuchte Heurismen geben dem Praktiker sofort neue Ideen und Impulse: Man könnte fast danach die Qualität einer Forschung beurteilen, ob sie auch wirklich geeignet ist, beim Praktiker neues Überlegen in Gang zu setzen. Hat man einmal z. B. den Heurismus der Prozeßfantasie entdeckt, dann wird man sicher in seiner praktischen Arbeit als Therapeut darauf zu achten lernen, wie die Prozeßfantasien des Patienten aussehen: Und wenn man Glück hat und forschend interessiert ist, wird man vielleicht neue Modi des Ausdrucks dieser Prozeßfantasien entdecken und neue Formen des Umgangs damit, Zusammenhänge zwischen Störung und Prozeßfantasie finden u. ä. m. Hier wird die Fantasie des forschenden Praktikers angeregt, selbst weiterzudenken: das Beste, was den Forschungsergebnissen passieren kann. Die fade Jammerei darüber, daß die Praktiker sich nicht um Forschung kümmern, könnte durch solcherart relevante Forschung vermutlich leicht gestoppt werden.

Quantifizierungen sind nur dort am Platz, wo es sich um Quantitäten handelt: So scheint es mir eine sehr sinnvolle Sache gewesen zu sein, wenn Dührssen & Jorswieck (1965) den Erfolg von Psychotherapie an einer sehr großen Fallzahl einfach an den vor und nach der Therapie anfallenden Krankenhaustagen berechnet haben. Ähnlich könnte man mit der

Anzahl von Medikamenten, Arztbesuchen u. ä. m. verfahren. Alles aber, was den hochkomplexen Prozeß im Inneren berührt, scheint sehr empfindlich gegenüber den Quantifizierungen. Fast nur Trivialitäten werden dabei produziert.

Warum aber haben für viele Forscher noch immer – trotz der Irrelevanz der Ergebnisse für die Praxis (und übrigens auch für die Theorie!) – die positivistischen Methoden eine gewisse Anziehung? Warum erscheinen sie noch immer als die „wissenschaftlichen“, wenngleich schon längst theoretisch und praktisch immer wieder ihre Inadäquanz beschrieben wurde?

Da ich selbst – als ehemalige Verhaltenstherapeutin und jetzige Psychoanalytikerin – weiß, wie leicht man dem „positivistischen Irrtum“ verfallen kann, fühle ich mich kompetent, darüber auch etwas aggressiv zu schreiben. Ich denke, diese positivistische „Versuchung“ beruht auf dem Sicherheitsbedürfnis des Kleinkindes, das Unsicherheiten sehr schlecht ertragen kann, das – ständig einer undurchschaubaren Welt ausgesetzt – nach möglichst fester Hand sucht, die ihm Halt gibt und Erläuterungen anbietet. Es ist aber nicht nur die schlichte Angst des Kleinkindes vor der unentwirrbaren Welt; es ist auch die Angst des Erwachsenen vor den Ambivalenzen und Unsicherheiten im eigenen Inneren, die ausgewachsene Männer dazu bringt, solch gradlinig-schlichte Modelle zu entwerfen, um damit Wirklichkeit einzufangen zu wollen. Denn Therapie ist – auch wenn man Therapeut ist – kein Unterfangen wie das pädagogische Lehren (und das ist zweifellos auch schon recht komplex!). Nein, Therapiemachen (als Therapeut) verlangt eine dauernde Infragestellung der eigenen Person und Position, einen Veränderungswillen und eine Bereitschaft zum Ertragen von Ambivalenzen, die ihresgleichen nicht hat. Da schleicht man sich gerne davon, indem man Zielerreichungsskalen aufstellt und Patientenbeurteilungsbögen austeilt.

Die Unklarheit der positivistischen Ergebnisse wird häufig so umgedeutet, als ob gerade dadurch Hoffnung erweckt würde für die „nächste Arbeit“. Demgegenüber muß derjenige, der qualitative, beschreibende, klassifizierende Forschung betreibt und/oder rezipiert, sehr viel mehr Toleranz für Ungewisses

ertragen. (Wohlgemerkt: die Ungewißheiten der positivistischen Forschung sind nicht kleiner, nur besser verpackt, und zwar in einer Mogelpackung!)

Es ist aber vielen Forschern offensichtlich unvorstellbar, daß man einfach Beschreibungen für sich sprechen lassen kann, daß man die ausgedeutete Szene, das interpretierte Bild vor den Leser hinstellt und ihn sozusagen einbezieht in eine Form der Interpretation, die nie ganz zu Ende ist. So wie das Lesen wirklich gehaltvoller Bücher eine immerwährende Neuinterpretation erfordert, eine Neuinterpretation, die nie ganz abgeschlossen, von jedem einzelnen Leser auch immer wieder mit seinen ganz und gar idiosynkratischen Mitteln (natürlich nicht nur von diesen) mitgestaltet ist, genauso müßten sich die Leser von wirklich realitätshaltigen Forschungsberichten verhalten können. Und damit ist nicht gemeint das jämmerliche Spekulieren über die Bedeutung irgendeiner unbedeutenden Signifikanz, sondern das wirkliche Eintauchen in einen Text, der Herausforderungen bringt.

Dies ist sicher eine angreifbare Art, über Wissenschaft, gar über das hehre Gebiet der Forschung zu reden. Allzusehr wird daraus ersichtlich, daß auch dieses Zurkenntnisnehmen von Ergebnissen nicht abzutrennen ist von der Subjektivität des Lesers. Wir haben

es also nicht nur mit der altbekannten Angst des Forschers vor dem Gegenstand zu tun, auch die Angst des Lesers vor der Unsicherheit und dem Anspruch des Textes an eigene Aktivität müssen wir in Betracht ziehen, um uns nochmals klarzumachen, warum die herkömmliche Variablenpsychologie mit ihren einfachen zugrundeliegenden Metaphern (z.B. derjenigen von der Medizin) solche Verbreitung finden konnte. Viel Triviales, viel Unbefriedigendes mußte erst die Bibliotheken passieren, bevor der Unmut darüber auch in der interessierten Öffentlichkeit laut wurde.

Psychotherapieforschung von den Subjekten und ihrer Dialogik her betrachtet könnte Erkenntnisse erbringen, die Praktikern neue Heurismen vermitteln und sogar dem Laien ein wenig mehr Klarheit darüber verschaffen, daß es sich bei der modernen Psychotherapie nicht nur um eine Heilmethode handelt, sondern um einen nur in historischer Reihung zu betrachtenden Prozeß: ein Prozeß, der gerade in moderner Zeit wiederum mehr Ähnlichkeit hat mit seinen Ahnen in der Theologie, der Pädagogik und einer ganzheitlich zu betrachtenden Medizin als mit einer naturwissenschaftlich eingegrenzten Heilkunde. Forschung sollte also – und damit bin ich wieder am Beginn – ihren Gegenstand kennen, bevor sie ihn erforscht.

Literatur

- Beck, U. & Beck-Gernsheim, E. (1990): Das ganz normale Chaos der Liebe. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Buchholz, M. B. (1992): Die Rolle der Prozeßfantasie in der stationären Psychotherapie. *Journal für Psychologie* 1 (4), 64-82
- Dührssen, A. & Jorswieck, E. (1965): Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung. *Der Nervenarzt* 36, 166-169
- EyBell, D., Zeising, S. & Stuhr, U. (1992): Prozeß-Erfolgsvariablen am Beispiel klientenzentrierter Psychotherapie und psychodynamischer Kurzpsychotherapie. *Zeitschr. Klin. Psych. und Psychoth.* 40 (1), 58-78
- Fischer, G. (1989): Dialektik der Veränderung in Psychoanalyse und Psychotherapie. Modell, Theorie und systematische Fallstudie. Heidelberg: Asanger
- Garfield, S. L. (1982): Psychotherapie. Ein eklektischer Ansatz. Weinheim: Beltz
- Grawe, K. (1990): Differentielle Psychotherapieforschung: Vier Therapieformen im Vergleich. *Ztschr. für Klinische Psychologie* 19 (4) (ganzes Heft)
- ders. (1991): Fachwissenschaftliche Grundlagen. In: Meyer, A. E. u. a., Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Universitäts-Krankenhaus Eppendorf
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1988): Ein allgemeines Psychotherapiemodell. *Integrative Psychotherapie* 14, 281-308
- Strupp, H. H. (1986): Das Wesen des psychotherapeutischen Einflusses. *Forum der Psychoanalyse* 3, 197-214
- Trilling, L. (1979): Das Ende der Aufrichtigkeit. Genf: Cosmopress
- Wegner, P. & Henseler, H. (1991): Die Anfangsszene des Erstinterviews im Prisma einer Analytikergruppe. *Forum der Psychoanalyse* 7 (3), 214-225