

Wirkt Psychotherapie wie ein Medikament? Thesen zu einer sozialwissenschaftlichen Fundierung der Psychotherapieforschung

Kühnlein, Irene; Mutz, Gerd

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Kühnlein, I., & Mutz, G. (1997). Wirkt Psychotherapie wie ein Medikament? Thesen zu einer sozialwissenschaftlichen Fundierung der Psychotherapieforschung. *Journal für Psychologie*, 5(1), 33-46. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-29233>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Wirkt Psychotherapie wie ein Medikament?

Thesen zu einer sozialwissenschaftlichen Fundierung der Psychotherapieforschung¹

Irene Kühnlein und Gerd Mutz

Zusammenfassung

Der Beitrag kritisiert das gängige, aus der Medizin entlehnte Dosis-Wirkungs-Modell als wissenschaftstheoretische Grundlage für die psychotherapeutische Evaluationsforschung. Die Gruppenbildung durch die Zugehörigkeit der Therapeuten zu einer bestimmten Schule ist weder für das therapeutische Handeln noch für die jeweiligen Problem- und Zieldefinitionen angemessen. Auch auf seiten der Klienten reichen psychiatrische Diagnosen nicht zu einer umfassenden Charakterisierung einer Person und deren psychosozialer Problemlage aus. Statistische Überprüfungen von Gruppenunterschieden sind deshalb wenig aussagekräftig.

Eine wissenschaftstheoretische Alternative ist die sozialwissenschaftliche Psychotherapieforschung: Psychotherapie wird als interaktive Vermittlung von Erfahrungs-, Erklärungs- und Handlungswissen aufgefaßt. Dabei sind die Transformationsprozesse bei der Umsetzung dieses Wissens zentral: Diese gelten sowohl für die Verwendung des wissenschaftlich-akademischen Wissens durch die Psychotherapeuten im therapeutischen Prozeß als auch für die Verwendung dieses bereits transformierten Wissens durch die Klienten im Alltag. Klienten integrieren die neuen psychotherapeutischen Erfahrungen vor dem Hintergrund unterschiedlicher biographischer Konstruktionsmuster. Solche biographischen Konstruktionsmuster sind übergreifende lebensgeschichtlich gewachsene Wissens- und Erfahrungsbestände, die die subjektiven Störungserklärungen und die Erwartungen an die Therapie bestimmen. Sie beeinflussen weiterhin, in welcher Weise psychotherapeutisches Deutungs- und Handlungswissen aufgenommen wird und damit die langfristige Wirkung der Behandlung im Alltag. Empirische Unter-

suchungen haben vier typische Transformationsformen ergeben, die ausschlaggebend sind für die Ziele der weiteren Lebensgestaltung.

Nach einer etwa 40-jährigen Geschichte der Psychotherapieforschung ist unbestritten, daß zumindest die klassischen Psychotherapieverfahren trotz ihrer sehr unterschiedlichen Erklärungsmodelle wirksam sind (vgl. Grawe et al. 1994). Trotz dieses positiven Gesamtergebnisses bleibt eine Reihe von Befunden unerklärlich, wie etwa die Frage, warum bei gleicher Symptomatik divergierende, bisweilen gar einander entgegengesetzt ausgerichtete Verfahren, wie beispielsweise in der Angstbehandlung, annähernd gleich gute Erfolge erbringen. Eine schlüssige Erklärung für dieses Phänomen ist bislang nicht vorhanden.

So konstatieren Bozok & Bühler nach einer Übersicht über eine große Anzahl von Therapiestudien: »Keiner psychotherapeutischen Theorie ist es gelungen, ein therapeutisches Konzept zu erstellen, in dem spezifische Faktoren überzeugend Wirkungen erzielen, die dem kausalen Ursache-Wirkungs-Zusammenhang entsprechen, wie er in der Theorie formuliert ist« (1988, 126). Hinzu kommen die Befunde, daß innerhalb der therapeutischen Praxis nicht nur theoriespezifische Faktoren wirksam sind, sondern auch eine Reihe von unspezifischen Wirkfaktoren zum Tragen kommen. Die Existenz solcher unspezifischen Faktoren wird zumeist als mangelnde Wissenschaftlichkeit von professioneller Therapie diskutiert, da die kausale Rückführbarkeit von theoretisch begründeten therapeutischen Aktivitäten auf die Therapieergebnisse als zentrales Erfolgskriterium gilt.

Diese mangelnde direkte Rückbindung der Effekte einer Psychotherapie an die jeweilige Theorie ist deshalb besonders prekär, weil Psychotherapie mit dem Anspruch angetreten ist, eine wissenschaftlich fundierte und überprüfbare Methode zur Behandlung psychischer Störungen darzustellen. Mit der aktuellen Diskussion um das deutsche Psychotherapeutengesetz und – damit verknüpft – um die Aufnahme bestimmter Therapieverfahren in den Maßnahmenkatalog der Krankenkassen hat der wissenschaftlich begründete Effektivitätsnachweis wieder eine besondere Bedeutung erlangt.

In dem folgenden Beitrag wird das medizinisch-pharmakologische Wirkungsmodell kritisiert, das bislang der Psychotherapieforschung implizit zugrundegelegt wird. Im weiteren werden theoretisch und empirisch gestützte Überlegungen zu einer sozialwissenschaftlichen Fundierung der Psychotherapieforschung vorgestellt sowie die aus einem solchen Modell resultierenden Folgen für die Psychotherapieforschung diskutiert.

DIE EFFEKTIVITÄT VON PSYCHOTHERAPIE IST NICHT MIT DEM MEDIZINISCH-PHARMAKOLOGISCHEN MODELL EINER DOSIS-WIRKUNGS-RELATION ZU ERFASSEN

Auch wenn sich die meisten Therapieverfahren in ihren theoretischen Grundüberlegungen explizit von dem medizinischen Krankheitsmodell distanzieren, so ist dies zwar in das Störungsmodell, nicht aber in die Psychotherapieforschung eingeflossen. Hier wird weiterhin selbstverständlich (und unreflektiert) das medizinisch-naturwissenschaftliche Modell zur Untersuchung der Wirkung von Psychotherapie herangezogen. Psychotherapie wird analog einem Medikament behandelt, als könne deren Effekt in einer pharmakologischen Dosis-Wirkungs-Relation abgebildet werden.² Zur Bestimmung der differentiellen therapeutischen »Dosis« werden Gruppen gebildet, die über die Zugehörigkeit der untersuchten

Therapeuten³ zu einer der verschiedenen Therapieschulen definiert werden. Dabei wird unterstellt, daß alle Therapeuten, die sich derselben Schule zurechnen, auch im wesentlichen homogen vorgehen. Die Wirkung der so konstruierten Gruppen angewandter Therapieverfahren (Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie, Psychodrama usw.) wird anschließend als direkt abhängige Variable gemessen und durch gruppenstatistische Verfahren abgesichert. Auf der Ebene der Wirkungsmessung werden von den Wissenschaftlern bestimmte Wirkungsparameter (wie Besserung der Störung, Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen, Medikamentenkonsum, Anzahl der Krankheitstage, Wiederaufnahme von Psychotherapie usw.) festgelegt und an Hand von Therapeuten- und/oder Klientenaussagen überprüft. Parallel zu den Therapeuten werden auch die Klienten in Gruppen zusammengefaßt: Hier orientiert man sich durchgängig an psychiatrischen Diagnosen zur Gruppenbildung. An jeder dieser drei Bereiche (therapeutische Dosis, Wirkung und Zielgruppe der Behandlung) ist, wie unten ausgeführt, die Gruppenbildung höchst fragwürdig; hinzu kommt die kaum beachtete Frage der Interaktion zwischen den verschiedenen Bereichen.

Es gibt keine normierbare Dosis Psychotherapie

Das wissenschaftstheoretische Modell der Dosis-Wirkungs-Messung versagt bereits an der Festlegung einer eindeutig identifizierbaren und meßbaren homogenen professionellen »Dosis«: So beruft sich eine beträchtliche Zahl von Psychotherapeuten auf mehr als eine Therapieausbildung (vgl. Lambert & Bergin 1994). Darüber hinaus verhalten sich praktizierende Psychotherapeuten keineswegs grundsätzlich schulenkonform (vgl. Garfield 1982, Keupp et al. 1989, Thommen et al. 1988, Wallerstein 1990). Eine trennscharfe Gruppenbildung über die Zugehörigkeit der Psychotherapeu-

ten zu einer bestimmten Therapieschule ist deshalb letztlich nicht möglich. Aus diesem Grunde sind mit dem bisher gängigen Gruppenvergleich keine validen Aussagen zur Überprüfung der differentiellen Wirksamkeit unterschiedlicher Therapieverfahren zu erzielen. Zudem ist diese direkte Zuordnung von einem Therapeuten und einem Klienten nur für einen Teil der Behandlungsformen, nämlich ausschließlich für die Einzeltherapie in der ambulanten Praxis gültig.

Es gibt keine verbindliche Problem- und Zieldefinition von Psychotherapie

Die unterschiedlichen Therapierichtungen variieren sehr stark in ihren Problem- und Zieldefinitionen für die Behandlung: Was ist die eigentliche Störung? Geht es um das Aufdecken und Bearbeiten von unbewußten Konflikten, das (Wieder-)Erleben bestimmter Emotionen oder um den Erwerb von neuen Fertigkeiten? Welchen Stellenwert hat die Lebensgeschichte der Betroffenen? Ist das Ziel von Psychotherapie die umfassende Einsicht in die eigene Entwicklung, eine Bewußtseinserweiterung, das Erleben neuer Erfahrungen oder die Hilfe zur Selbsthilfe? Einer solchen unterschiedlichen Problem- und Zieldefinition, die u.a. auch den zeitlichen Umfang der Behandlung mitbestimmt, wird in den bisherigen Effektivitätsstudien nur wenig Rechnung getragen. Weiterhin sind auch die Erfolgseinschätzungen der Professionellen wie der Klienten von ihren individuellen und schulispezifischen Zielerwartungen beeinflusst. Die Behandlungseffekte unterschiedlicher Therapieschulen sind deshalb weder in ihren theoretisch formulierten Zielen noch als Ergebnisse der praktischen Arbeit direkt vergleichbar.

Psychiatrische Diagnosen sind sozio-kulturelle Konstruktionen

Zum Vergleich der Wirkung von Psychotherapie werden die einzelnen Klienten gemäß ihrer jeweiligen psychiatrischen Diagnose zusammengefaßt und als homogene Grup-

pe behandelt. Es wird damit implizit unterstellt, psychiatrische Diagnosen seien objektiv bestehende Fakten, die zudem zur angemessenen Kennzeichnung einer Person ausreichen. Dabei wird der konstruktive Charakter (siehe Buchholz & Streeck 1994, Helmchen 1991, Rosenhan 1992) und die kulturelle Gebundenheit (siehe Boroffka 1993, Figge 1991) psychiatrischer Diagnosen überhaupt nicht in Rechnung gestellt. Psychiatrische Diagnosen sind keine feststehenden Persönlichkeitsvariablen, sondern sozio-kulturelle Konstruktionen – sie haben mithin die Eigenschaft von »Typisierungen und Idealtypenbildungen« (Frommer 1994). Sie sind Richtlinien für das alltägliche professionelle Handeln und dienen der gezielten Kommunikation der Experten untereinander, nicht jedoch der umfassenden Charakterisierung einer Person und ihrer psychosozialen Problemlage im Kontext ihrer Lebensgeschichte und ihres sozialen und kulturellen Umfeldes.

Fazit: Eine gruppenstatistische Überprüfung aufgrund psychiatrischer Diagnosen ist statistisch höchst problematisch, da auch hier, wie bereits bei den beiden vorherigen Bereichen, nicht von homogenen Gruppen auszugehen ist.

Es gibt keine eindeutige Ursache-Wirkungsrelation in der Psychotherapie

Noch weniger als im Bereich der medizinisch-pharmakologischen Behandlung können in der Psychotherapie Ursache und Wirkung voneinander getrennt werden: Während dort noch die isolierte Dosis eines Medikamentes relativ objektiv bestimmt werden kann (wenn auch Interferenzprobleme beachtet werden müssen), handelt es sich hier um einen Interaktionsprozeß, in dem ein ständiger Austausch zwischen lebendigen, also kommunizierenden und handelnden Systemen stattfindet. Therapeuten und Klienten stellen sich aufeinander ein und entwickeln in der therapeutischen Beziehung ihre spezifische Interaktionsform, die ihrerseits eingebettet ist in

eine bestimmte Rollenverteilung (Laien/Experten oder Klienten/Therapeuten) innerhalb eines institutionellen Settings (Klinik, therapeutische Praxis usw.). Dieser Prozeß zwischen den Akteuren ist dabei im Verlaufe der Behandlung ebenso variabel wie Inhalte, konkrete Verfahren und Ziele der Behandlung. Zusätzlich gibt es Interaktionsprozesse zwischen den Klienten und ihrer sozialen Umwelt, die sich auf den Therapieverlauf und das Ergebnis auswirken können, ohne direkt therapeutisch einflußbar zu sein (bspw. die Ablehnung der Therapie durch Partner, die gleichzeitig ein gemeinsames Gespräch verweigern oder der Verlust eines stabilisierenden Arbeitsplatzes). Psychotherapie wird unter dieser Betrachtung zu einem heuristischen Prozeß mit vorab nicht bestimmbar und festlegbarem Ausgang (vgl. Grawe 1987, 1988), das heißt auch: mit veränderlicher »Medikation« und »Dosis«.

GRUNDLAGEN EINER SOZIALWISSENSCHAFTLICHEN PSYCHOTHERAPIEFORSCHUNG

Versteht man Psychotherapie als einen Interaktionsprozeß zwischen zwei (oder mehreren) Personen, dann kann man nicht länger von dem oben geschilderten medizinisch-pharmakologischen Wirkungsmodell und dem ihm implizit zugrunde liegenden Krankheitsmodell ausgehen. Eine Alternative stellen Überlegungen aus der Biographieforschung, der Wissenssoziologie und der soziologischen Verwendungsforschung dar, auf deren Basis die folgenden Überlegungen beruhen.

Psychische Störung als mangelnde Deutungs- und Handlungskompetenz im Alltag

Unter dem Blickwinkel der Biographieforschung können psychische Störungen als Folge von inneren oder äußeren Phänomenen verstanden werden, die die Betroffenen länger andauernd nicht in ihre bis dahin bestehenden kognitiven und/oder emotionalen Schemata integrieren können (vgl.

Fuchs 1984, Kühnlein & Mutz 1996, Nittel 1991). In diesen Situationen reichen die bis dahin im Verlauf der Lebensgeschichte erworbenen Erklärungs- und Handlungsmöglichkeiten zur Einordnung dieser Phänomene und zu deren Veränderung nicht mehr aus. Dies führt zu Irritationen, früher geltende Deutungs- und Handlungsschemata werden in Frage gestellt. Es entsteht das Gefühl einer Krise und langfristig die Selbst- und/oder Fremdwahrnehmung einer Störung. Sofern diese Deutungs- und Handlungsunsicherheit über einen längeren Zeitraum anhält oder zudem von intensiven negativen Konsequenzen (Gefühlen, Reaktionen der Umwelt usw.) begleitet sind, wird sie als behandlungsbedürftige Störung interpretiert. Grawe kennzeichnet den Ausgangspunkt einer Psychotherapie dadurch, »daß die im Sinne der Schemata zulässigen Erklärungen so offensichtlich unzureichend sind, daß das Individuum sich selbst nicht mehr versteht« (1987, 24). Dieses Erleben konstituiert das Bedürfnis nach neuen Erklärungen und öffnet dadurch den Weg zu Experten (vgl. auch Giddens, 1991 und Mahlmann, 1991). Gleichzeitig bildet dieses Bedürfnis als »Krankheitseinsicht« die Grundlage der als Therapiemotivation bezeichneten Voraussetzung für eine Psychotherapie.⁴

Psychotherapie als spezifische Form der Wissensvermittlung

Psychotherapie kann, ganz allgemein gesprochen, als ein Heilverfahren bezeichnet werden, das einen Handlungs- und Orientierungszusammenhang zur Erklärung und Heilung psychischer Störungen im Kontext der Biographie erzeugt (vgl. Kühnlein 1995a). Die klassischen Formen von Psychotherapie entsprechen einer solchen Beschreibung: Sie bieten (kognitive) Problem- und Selbstdeutungen im Kontext der Lebensgeschichte, affektives Erleben und die Erweiterung des Verhaltensrepertoires – und zwar unabhängig vom je spezifischen Theoriegebäude, wie schulenübergreifende Untersuchungen zu den psychotherapeuti-

schen Wirkfaktoren gezeigt haben (vgl. u. a. Czogalik 1990; Huf 1992; Karasu 1986; Textor 1990). Psychotherapie wird unter diesem Blickwinkel zu einem Vorgang der Verwendung und Vermittlung von Wissen – wobei von einem sehr weit gefaßten Wissensbegriff auszugehen ist: Er umfaßt kognitive wie emotionale Vorgänge, wissenschaftliches ebenso wie alltägliches Deutungs- und Erfahrungswissen.

Sozialwissenschaftliches Wissen verändert sich im praktischen Handeln

Die Frage nach der Verwendung sozialwissenschaftlichen Wissens in der Praxis ist die zentrale Problemstellung der soziologischen Verwendungsforschung, die Wolff als das »soziologische Pendant der Psychotherapieforschung« (1994, 41) bezeichnet. Die Ergebnisse der Verwendungsforschung weisen darauf hin, daß die Vorstellung von einer deduktiven Anwendbarkeit wissenschaftlichen Wissens in der Praxis – wie es die bisherige Psychotherapieforschung tut – grundsätzlich in Frage zu stellen ist. Kurz gefaßt geht dieses Modell davon aus, daß theoretisches Wissen bei seiner Verwendung in die Praxis transformiert wird, was bedeutet, daß es den konkreten Anwendungsbedingungen entsprechend verändert wird. Dabei ist das Verhältnis zwischen Theorie und Praxis, so konstatieren Beck & Bonß, »nicht hierarchisch, sondern qualitativ zu denken. Wissenschaft liefert nicht notwendig ein besseres, sondern zunächst einmal ein anderes Wissen« (1989, 9, Herv.i.O.). Der kognitive Stil der Wissenschaft zeichnet sich dadurch aus, daß Zweifel systematisiert und alternative Deutungs- und Handlungsmöglichkeiten aufgedeckt werden, während der kognitive Stil der Praxis unter Handlungsdruck den Zweifel ausklammern muß, um handlungsfähig zu bleiben. Oder anders ausgedrückt: Die theoretische Wissensproduktion findet in einem handlungsentlasteten Raum statt, der sich genau dadurch von der Praxis unterscheidet. Eine unveränderte Übernahme

bzw. Anwendung von Theorien der akademischen Psychologie im praktischen Handeln der Psychotherapeuten und/oder im Alltag der Klienten, wie es im Vergleichskonzept der gängigen Psychotherapieforschung in ihren Effektivitätsuntersuchungen vorausgesetzt wird, ist vor dem Hintergrund dieser Überlegungen überhaupt nicht denkbar.

Psychotherapie als Transformationsprozeß

In Hinblick auf Psychotherapie bedeutet dies, daß die theoretischen Überlegungen und Vorgaben in ihrer praktischen Anwendung durch die Psychotherapeuten verändert werden. Die Befunde der Psychotherapieforschung, daß das konkrete berufliche Handeln von Psychotherapeuten nur begrenzt auf ihre theoretische Grundhaltung zurückzuführen ist, erscheinen aus Sicht der soziologischen Verwendungsforschung keinesfalls als Unwissenschaftlichkeit des Verfahrens bzw. als Unfähigkeit oder gar Unwilligkeit der Praktiker.⁵ Aktive Neukonstruktion ist vielmehr ein konstitutives Merkmal von Wissensverwendung in der beruflichen Praxis. Dabei wird theoretisches Wissen mit anderen lebensgeschichtlich erworbenen Wissensbeständen des jeweils Handelnden 'vermischt' und den spezifischen Anwendungsbedingungen angepaßt. Das theoretische Wissen wird in seiner aktiven Anwendung im beruflichen Alltag der Psychotherapeuten zwangsläufig einem Transformationsprozeß unterworfen. Dabei sind für die Psychotherapie (analytisch) drei unterschiedliche Ebenen zu unterscheiden: Zum ersten gibt es die Ebene der Wissenschaftler und Theoretiker, die im wissenschaftlich-akademischen Kontext ein psychologisches Sonderwissen (z.B. Lern- oder Entwicklungstheorien) produzieren. Dieses Wissen wird in einem weiteren Schritt auf der Transformationsebene Psychotherapie angewandt: Diese zweite Ebene ist dadurch charakterisiert, daß die Praktiker das theoretische Wissen gemäß ihren spezifischen Erfordernissen in praktisch

relevantes psychologisches Wissen transformieren, das dann in den jeweiligen Interaktionssituationen zum Tragen kommt. Auf einer dritten Ebene wird das von den Therapeuten bereits transformierte psychologische Wissen innerhalb der psychotherapeutischen Interaktion mit den Klienten verwendet. Letztere integrieren das neue Wissen (und die neuen Erfahrungen) in ihre bestehenden Deutungs-, Wahrnehmungs- und Handlungsschemata und schaffen damit die Transformationsebene Alltag. Zentral für den Erfolg des therapeutischen Geschehens ist diese letzte Transformationsebene: Nicht die Veränderung innerhalb der Therapie, sondern die langfristigen Effekte in der alltäglichen Lebensführung der Klienten entscheiden über eine nachhaltige positive Entwicklung nach dem Abschluß der Therapie.

FOLGERUNGEN AUS EINER SOZIALWISSENSCHAFTLICHEN PSYCHOTHERAPIEFORSCHUNG

Um die oben dargestellten Transformationsprozesse bei der Anwendung und Integration neuer Wissensbestände zu erfassen, ist eine Abkehr vom quantitativ-statistisch geprägten Forschungsparadigma innerhalb der Psychotherapieforschung notwendig. Theoretisch fundierte Gruppenbildungen und Zielvorgaben können nicht mehr vorrangig die Vergleichspunkte für eine Erhebung der Wirksamkeit von Psychotherapie sein. Deshalb sind Forschungsmethoden erforderlich, die die unterschiedlichen Deutungs- und Handlungskontexte erfassen können. Geeignet dazu sind alle qualitativen Methoden, die nicht nach vorgegebenen Kategorien subsumtionslogisch, sondern rekonstruktiv vorgehen, d.h. die theoretisch bedeutsamen Elemente aus der Empirie entwickeln.⁶

Im psychotherapeutischen Prozeß werden wissenschaftliche Theorien zweifach transformiert

Begreift man »Psychotherapie als Transformationsprozeß« (Kühnlein & Mutz 1996),

dann sind folgende Faktoren für die weitere Forschung zu berücksichtigen: Erstens ist zu beachten, daß selbst theoretisch-psychologisches Wissen, das als Anwendungswissen konzipiert ist, in der Praxis zunächst einmal dysfunktional ist, weil es sich um ein handlungsentlastet erzeugtes Sonderwissen handelt, das von den je konkreten Fallbesonderheiten abstrahieren muß. Es ist darauf angewiesen, das Typische in der Vielfalt sozialer Erscheinungen zusammenzufassen und durch diese Typisierungen das Wiedererkennen zu organisieren. Je umfassender der Geltungskreis einer Theorie ist, desto abstrakter verhält diese sich gegenüber den möglichen konkreten Anwendungssituationen – wissenschaftliches Sonderwissen ist also immer ein Deutungswissen, das auf den jeweiligen Transformationsebenen zu Interpretationen und Anpassungen zwingt.

Zweitens müssen Praktiker das theoretische psychologische Wissen auf ihren konkreten Verwendungskontext (spezifische Störungsbilder, institutionelle Rahmenbedingungen, therapeutische Konstellationen wie Einzel- oder Gruppentherapien usw.) zuschneiden. Dennoch muß dabei die Anbindung an und der Bezug auf das theoretische Wissen erhalten bleiben. So betonen Beck & Bonß als ein zentrales Ergebnis der soziologischen Verwendungsforschung: »Notwendig sind ... Reinterpretationen, die darauf abzielen, die aus wissenschaftlicher Perspektive erarbeiteten Informationen so kleinzuarbeiten, daß sie für die Praxis 'anschlußfähig' werden« (1989, 9).

Vor diesem Hintergrund wird die Existenz von theorieunspezifischen Wirkfaktoren bei erfahrenen Professionellen unterschiedlicher therapeutischer Ausrichtungen zu einem notwendigen und zwangsläufigen Bestandteil erfolgreichen professionellen Handelns. Mehr noch: Die anwendungsspezifische Transformation des wissenschaftlichen Handelns muß sogar als ein zentrales Kennzeichen von Expertenhan-

deln gelten, durch das sich Berufsanfänger von Berufserfahrenen unterscheiden. So zeigen die Untersuchungsergebnisse aus dem Gebiet der Künstlichen Intelligenz, daß der Expertenstatus genau durch einen solchen Transformationsprozeß gekennzeichnet ist: Expertenhandeln ist von einem Erfahrungswissen gesteuert, das im Kontrast zur wissenschaftsnahen Regelanwendung von Berufsanfängern, situational und kontextgebunden eingesetzt wird (vgl. Dreyfuß & Dreyfuß 1988)

Aus diesen Überlegungen folgt jedoch nicht, daß eine theoretische Fundierung psychotherapeutischen Handelns unwichtig ist. Nicht jedes hilfreiche Handeln im zwischenmenschlichen Kontext, beispielsweise zwischen Laien, kann als ein psychotherapeutisches gewertet werden. Vielmehr ist gerade die Fundierung in einem wissenschaftlichen Theoriegebäude und die subjektive Überzeugung des Professionellen in dieses Theoriemodell der entscheidende Anteil an diesem Wirkfaktor. Auf einen solchen grundsätzlichen Zusammenhang zwischen der Fundierung psychotherapeutischen Handelns in einer übergreifenden Grundüberzeugung und der Wirkung verweist auch Textor: »Fast allen Therapieeinrichtungen ist gemeinsam, daß sie Klienten wissenschaftlich begründete oder im »Glaubenssystem« der jeweiligen Schule der Psychotherapie verankerte Erklärungen für gestörte Erlebens- und Verhaltensweisen anbieten. Dabei scheint der Inhalt dieser Erklärungen von geringerer Bedeutung als das Akzeptieren derselben durch den Patienten zu sein« (1990, 251).

Die biographischen Kontexte bestimmen die Transformation des Wissens durch die Klienten

Unsere empirische Studie⁷ stützt sich auf Interviews mit ehemaligen Patienten, die zwei Jahre nach Abschluß der Therapie in dem selben psychotherapeutischen Setting durchgeführt wurden. Alle befanden sich

10-12 Wochen auf einer Psychotherapiestation mit einem für alle Patienten gleichermaßen verbindlichen Gruppentherapeutischen Angebot und Einzelgesprächen. Die verschrifteten Interviews wurden sozialwissenschaftlich-hermeneutisch ausgewertet und anschließend typologisiert.

Die Ergebnisse verdeutlichen die Transformationsprozesse auf seiten der Klienten: Obwohl sie dieselbe Therapie abgeschlossen haben, ziehen sie auch noch Jahre nach dem Abschluß ihrer Behandlung keine einheitlichen (psychologisierten Standard-) Folien zur Störungserklärung und -behebung heran. Sie kombinieren vielmehr unterschiedliche Partikel des therapeutischen Deutungsangebotes mit ihren (intentional nicht verfügbaren) biographischen Konstruktionsmustern. Biographische Konstruktionsmuster sind übergreifende lebensgeschichtlich gewachsene und kulturell verfügbare Wissens- und Erfahrungsbestände. Sie sind der Hintergrund für die subjektiven Deutungsmuster im Hinblick auf Störungserklärung, Therapieakzeptanz und anschließende Lebensgestaltung.⁸ Sie bestimmen deshalb auch die subjektive Bewertung des Therapieerfolgs.

Insgesamt schätzten solche ehemaligen Klienten ihre Therapie als erfolgreich ein, die anschließend einen in sich logischen Sinnzusammenhang zur Erklärung und biographischen Integration der psychischen Störung, d.h. eine sinnhafte biographische Kontinuität herstellen konnten.⁹ Damit sind nicht Erklärungen gemeint, die ein für alle mal stabil und unveränderlich sind, sondern Biographiekonstruktionen, die Erklärungs- und Handlungsmöglichkeiten eröffnen und damit eine übergreifende Deutungssicherheit auch in bezug auf zukünftige Ereignisse vermitteln. Darüber hinaus wurden vier unterschiedliche Typen unterschieden.

Vier typische Transformationsmuster

Personen des Überlastungstypus deuten die Entstehung von psychischen Störungen als Folge von schwierigen Lebensereignis-

sen. In der autobiographischen Erzählung wird eine Vielzahl solcher Ereignisse erzählt, deren Kulminationspunkt häufig als Nervenzusammenbruch bezeichnet wird. Durch die Betonung der überlastenden äußeren Lebensmomente wird die Störungsgenese unabhängig von der individuellen Lebensgeschichte interpretiert: »Des war ma halt dann alls zuviel auf einmal, und drum war i dann aa in der Psychiatrie«. ¹⁰ Der körperlich-seelische Zusammenbruch und die damit verknüpften unangenehmen Gefühlszustände sind konstitutiv für die subjektive Akzeptanz einer behandlungsbedürftigen Störung. Psychotherapie wird dann als hilfreich akzeptiert, wenn sie Entlastung und Wohlbefinden ermöglicht: »Es war für mich Zufluchtsstätte, ich hab mich da unwahrscheinlich wohl drin gefühlt, hab mein eigenes Zimmer gehabt und meine Leute gehabt und irgendwie die ganzen Probleme, des war einfach draußen«. Therapeutische Maßnahmen im engeren Sinne, vor allem die Anregungen, die bisherigen Deutungs- und Handlungsmuster zu hinterfragen, werden als unerwünschte Verunsicherung und Zumutung erlebt und deshalb abgelehnt. Personen dieses Typus bewerten Psychotherapie als psychosoziales Hilfsangebot insgesamt ambivalent, da es einerseits Schutz und Entlastung bietet, andererseits aber ein einschneidendes negatives Lebensgefühl und das Ende autonomer Handlungskompetenz voraussetzt. Zentrales Ziel vor und nach der Therapie ist eine Lebensgestaltung, in der als Handlungsorientierung das positive Erleben im Zentrum steht: »Des einzige Ziel, des ich eigentlich immer erreichen wollt, is, daß es mir wieder gut geht«. Entscheidungen nach der Therapie werden mit diesem Streben nach einer Maximierung von Wohlbefinden begründet. Dabei ist es den Personen dieses Typus vorrangig, aktuelle und künftige Belastungen möglichst schnell als solche erkennen und reduzieren zu können. Da die Risiken aber überwiegend außerhalb der eigenen Person in faktischen oder sozialen Gege-

benheiten der jeweiligen Lebenssituation verortet werden, bleibt dieses Wohlbefinden im Alltag potentiell gefährdet. Psychische Störung und Therapiebedürftigkeit bleiben daher eine dramatische Bruchsituation, die nicht wieder eintreten soll. Vorzeichen werden deshalb bereits auf der Ebene der Selbstwahrnehmung möglichst lange ignoriert.

Das psychologisch-psychotherapeutische Wissen erweist sich für diesen Typus nur dann als anschlussfähig, wenn es in ein stark typisiertes Allgemeinwissen 'übersetzt' werden kann. Dies ist nur in einem geringen Umfang möglich, weil psychologisch-psychotherapeutische und dem Alltag verbundene Typisierungen nicht immer ineinander aufgehen. Diese besonderen Formen der Wissenstransformation bedeuten nicht, daß die Interviewten des Überlastungstypus nichts von der Psychotherapiestation mitgenommen hätten. Ihre Bemühungen zu einer veränderten Lebensführung dienen insbesondere dem anderen Umgang mit Belastungen durch das soziale Umfeld und die jeweiligen Lebensumstände. Allerdings wird gerade bei diesem Typus sichtbar, wie wichtig es ist, daß sich die psychotherapeutischen Experten in die Selbst- und Welt-sicht dieser Klienten hineinversetzen können und ihre Logik der Praxis verstehen, ohne ihnen einen Reflexionsprozeß aufzuzwingen, solange dieser als bedrohlich wahrgenommen wird.

Im Deutungsrahmen des Devianttypus wird die psychische Störung als eine letztlich unerklärliche Funktionsabweichung interpretiert, die unabhängig von der eigenen Lebensgeschichte beziehungsweise -führung aufgetreten ist. Sie wird analog zum medizinischen Krankheitsmodell als psychosoziale Läsion oder ein Trauma gedeutet: »Des war wahrscheinlich a Schock. I hab eine Panik kriegt, eine Todesangst«. Als weitere medizinisierte Störungserklärung kann auch ein psycho-genetischer Strukturdefekt oder fehlregulierter physiologischer

Prozeß, wie: »I bin und bleib a Süchtler« und die daraus abgeleitete Prognose: »Es is halt bei Süchtlern so, die werden halt rückfällig, die meisten«, herangezogen werden. Ein Phänomen wird dann als behandlungsbedürftige Störung wahrgenommen, wenn die Verhaltensnormen des jeweiligen Bezugsmilieus nach außen sichtbar nicht mehr erfüllt werden können. Dies wird als unerwünschte Devianz von einer Normalität interpretiert. Als Behandlungsziel wird die (selbstintendierte) Fähigkeit zur Wiedereingliederung in das Bezugsmilieu und die völlige Abwesenheit von störenden Faktoren in den Vordergrund gestellt. Sie entspricht strukturell der Heilung einer körperlichen Erkrankung. Personen dieses Typus transformieren die Aussagen der Therapeuten in Ratschläge, an die sie sich möglichst halten. Darüber hinaus wird das Submilieu der Mitpatienten mit seinen besonderen Regeln und der Austausch in der Therapiegemeinschaft als hilfreich erlebt, da sie die Abweichung zur (vorübergehenden) Normalität macht: »Überhaupt aa die ganzen Leut, weil da heraußen, da kann man ja mit keinem reden über so was. Des war irgendwie so a guts Gefühl, weil alle haben Probleme ghabt.« Die Personen des Devianztypus versuchen, psychologisch-psychotherapeutisches Wissen in Regelwissen zu transformieren, das objektiv richtig und allgemein gültig erscheint und deshalb nicht mehr individuell adaptiert werden muß. Der Bezug auf das Sonderwissen ist instrumentell und damit vergleichbar mit der Anwendung von Rezeptwissen. Entscheidend für die Akzeptanz des neuen Wissens ist die den Experten zugeschriebene Kompetenz und zudem die Erfahrung, daß es wirksam gewesen ist. Die Möglichkeit des Wiederauftretens einer psychischen Störung bleibt, wie beim Überlastungstypus, bedrohlich, steht sie doch qua definitionem dem angestrebten Lebensziel entgegen. Weitere Kontakte zu Professionellen aus dem psychosozialen Bereich werden als Zeichen einer weiterhin anhaltenden psychischen Störung ge-

deutet und deshalb möglichst vermieden. Für den Defizittypus stehen die lebensgeschichtlich erworbenen Deutungs- und/oder Verhaltensdefizite im Vordergrund. Die Störung wird als Folge von Lern- beziehungsweise Erziehungsfehlern interpretiert (»des war die totale Fehlerziehung«) und gilt dann als behandlungsbedürftig, wenn konkrete Lebensaufgaben nicht mehr erfüllt werden können. Vor diesem Hintergrund wird die Psychotherapie zu einer sekundären Sozialisationsinstanz, gleich einer umfassenden Lern- und Bildungsinstitution: »Ich gehe besser mit mir und anderen Leuten um. Das hab ich da drin gelernt.« Die Interviewpartner dieses Typus betonen aus dem Gesamtangebot der Psychotherapiestation neben den Einzelgesprächen vor allem die Wichtigkeit der übungszentrierten Gruppen (Selbstsicherheitstraining, Kommunikationstraining sowie das Erlernen von Konfliktlösungsmöglichkeiten in der Therapieguppe). Eine Psychotherapie wird dann als erfolgreich bezeichnet, wenn danach die lebensgeschichtlich erworbenen Defizite durch Kompetenzzuwachs und/oder eine Persönlichkeitskomplettierung ausgeglichen sind.

Das psychologisch-psychotherapeutische Wissen ist hier relativ wissenschaftsnah erhalten und bleibt neben dem Allgemeinwissen bestehen: es wird in eine individuelle »Theorie für die Praxis« transformiert. Die Personen dieses Typus haben folglich weniger Schwierigkeiten, dieses Wissen in ihr Allgemeinwissen einzubauen. Sie suchen vielmehr nach Transformationsmodi, das Sonderwissen als solches zu erhalten – aber praxisnah umzudeuten und anzupassen. Ein Wiederauftreten von Störungsmomenten wird im Deutungsrahmen dieses Typus als unerwünschter, aber nicht notwendigerweise beängstigender ungenügender Lerneffekt interpretiert. Diese Deutung legt die Wiederaufnahme psychotherapeutischer Angebote zur weiteren »Schulung« nahe, sofern das Selbst-Studium nicht mehr ausreichend erscheint. Die

Schwelle zur Wiederaufnahme einer Psychotherapie ist daher gering, auch wenn es sich um strukturelle neue Probleme handelt.

Die Deutungsstrukturen des Entwicklungsstörungstypus sind den professionellen psychologischen Interpretationsmustern am nächsten. Auf der Basis eines umfassenden Modells der Identitätsentwicklung werden in der autobiographischen Erzählung lebenslaufbezogene Ereignisse in Zusammenhang mit gesellschaftlichen oder familiären Strukturen gestellt. Wesentliches Kennzeichen dieser Form der Biographiekonstruktion ist die Kombination von Fakten und Gegebenheiten mit subjektiven Interpretationen und Bewertungen: »Ich hab mich ja immer eingeordnet, weil ich immer so gern mit den andern mitvollt. Ich wollt immer gern so sein wie die andern. Hab's aber nie richtig hinkriegt, des hat nie richtig geklappt, ich war nie so wie die andern. Hab mir des aber nie erklären kenna, warum i net so bin und hab's aber aa net akzeptiern kenna, daß i anders bin.« Die Selbstwahrnehmung als aktiv Handelnder im individuellen Lebensverlauf strukturiert eine psychosoziale Fallgeschichte, in der ein latenter innerer Konflikt als zentrale Störung definiert wird. Die manifest gewordene Störung wird zur logisch ableitbaren, retrospektiv konsequenten Folge der lebensgeschichtlichen Entwicklung. Sie ist jedoch keineswegs zwangsläufig, sondern aufgrund von individuell oder sozial zurechenbaren Entscheidungen eingetreten. Innerhalb der Psychotherapie wird den erkenntnisfördernden Anteilen eine besondere Bedeutung beigemessen: betont werden therapeutische Einzelgespräche sowie die Rückmeldungen und Anregungen durch die Mitpatienten. Als Ziel der Therapie wird eine »Hilfe zur Selbsthilfe« angestrebt – sie validiert den Therapieerfolg. Dies hat zur Folge, daß Selbsterkenntnis im Sinne einer Fähigkeit, sich selbst innerpsychische Vorgänge aus einer Psycho-Logik erklären zu können, besonders wichtig ist: »Des mach i

mir halt irgendwie selber klar, i such da irgendwie, und da find si aa oft was dann.« Das psychologisch-psychotherapeutische Sonderwissen wird reflexiv mit dem Allgemeinwissen verknüpft, das heißt, es wird immer wieder hinterfragt, den sich ändernden Lebensbedingungen angepaßt und für Prozesse der Selbstverständigung neu justiert. Mit diesem Wissen wird der gesamte Lebensverlauf reinterpretiert und in der geschlossenen Form einer retrospektiven Entwicklungslogik präsentiert. Durch diese spezielle Transformationsform ähnelt die autobiographische Konstruktion einer professionellen Falldarstellung. Die auf die Therapie zurückgeführte Fähigkeit der Selbsthilfe wird durch das Gelingen eines grundsätzlich offenen Projekts der Lebensführung validiert, das nicht festen Zielen, sondern den Bedürfnissen des jeweiligen Entwicklungsstandes folgt. Die alltägliche Handlungsorientierung gleicht einem ständigen Balanceakt. Das erneute Auftreten von psychischen Schwierigkeiten ist dabei kein Anlaß zu prinzipieller Sorge. Diese werden als integrativer Bestandteil einer grundsätzlich positiv gewerteten lebenslangen Weiterentwicklung interpretiert. Nicht selten werden auch ohne signifikante Störung Angebote aus dem psychosozialen Bereich (Psychotherapie, Selbsterfahrung, einschlägige Kurse) aktiv gesucht, um zu einer größeren Selbsterkenntnis und Authentizität zu gelangen.

Von der pathogenetischen zur salutogenetischen Perspektive von Psychotherapie

Die hier skizzierte sozialwissenschaftliche Psychotherapieforschung stellt die bislang herrschende pathogenetische Perspektive auf psychische Störungen und deren Behandlung in Frage. Sie führt vielmehr zu dem auf Antonovsky (1987) zurückgehenden Konzept der Salutogenese, das von einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit ausgeht und damit die personalen Ressourcen hervorhebt.¹¹ Antonovsky postuliert als zentralen gesundheitsfördernden

Typus:	Überlastung	Devianz	Defizit	Entwicklungsstörung
Deutungsmuster für Störungsgenese	Überbelastung durch schwierige Lebensereignisse	Letztlich unerklärliche Funktionsabweichung	Lern- beziehungsweise Erziehungsfehler	Störung der Identitätsentwicklung
Grundlage der Akzeptanz einer behandlungsbedürftigen Störung	Körperlich-seelischer Zusammenbruch	Nach außen sichtbare Devianz aus dem Bezugsmilieu	Inneres oder äußeres Scheitern an konkreten Lebensaufgaben	Auftreten unerklärlicher innerer Phänomene
Deutungsmuster für stationäre Psychotherapie	Freiraum für Erholung, Regeneration	Geborgenheit im experientiegeleiteten Kollektiv der Mitpatienten	Nacherziehung in einer Lern- und Bildungsinstitution	Erkennen und Verstehen der eigenen Entwicklung
Grundlage der retrospektiven Validierung von Psychotherapie	Erfolgreicher Abbau der Belastungen durch eigene Kraft	Beendigung der Störung	Nachweis von Kompetenzzuwachs zur Komplettierung von Persönlichkeit	Eigenständiger Nachvollzug einer Psycho-Logik
Transformationsmodus	Transformation in typisiertes Allgemeinwissen	Transformation in objektivierte Regelwissen	Transformation in eine individuelle Theorie für die Praxis	Reflexive Verknüpfung mit dem Allgemeinwissen
Biographische Handlungsorientierung	Positives Erleben	Wiederanpassung (Heilung)	Ausgleich, Kompensation	Weiterentwicklung
Ziel der weiteren Lebensführung	Wohlbefinden	Ordnung	Vollständigkeit	Authentizität
Deutung eines erneuten Therapiebedarfs	negativ: Unfähigkeit zur autonomen Bewältigung von Lebensereignissen	negativ: Gefahr der dauerhaften Abweichung	neutral-positiv: Notwendige und hilfreiche Kompetenzerweiterung	positiv: Chance zur Weiterentwicklung
Tabelle 1:	Biographische Kontexte und Transformationsmodi von psychotherapeutischem Deutungswissen			

Faktor den Kohärenzsinn («sense of coherence») mit den drei Bestandteilen (a) Verstehbarkeit («comprehensibility»), (b) Handhabbarkeit («manageability») und (c) Sinnhaftigkeit («meaningfulness»). Diese drei Faktoren fanden sich in unserer Studie als Effekte der Psychotherapie (a) auf der Ebene der Störungserklärung im biographischen Kontext, (b) einer spezifischen biographischen Handlungsorientierung und (c) der Fähigkeit, die eigene Lebensgeschichte als eine sinnhafte und kontinuierliche darzustellen, wieder. Unter dieser Perspektive kommt der Psychotherapie über die Störungserklärung und -bewältigung hinaus ein salutogenetisches Potential zu, das darin besteht, Erfahrungs- und Sinnzusammenhänge herzustellen, die auf den Fähigkeiten und Ressourcen der Klienten aufbauen und damit das Potential für individuelle Problemlösungen fördern. Dieses Sinnverstehen für die eigene biographische Entwicklung und die Erweiterung der Handlungskompetenzen ermöglichen den ehemaligen Klienten, ihr Leben nach dem Abschluß einer Psychotherapie ihren individuellen Bedürfnissen und Lebenszusammenhängen gemäß präventiv zu gestalten.

Für die psychotherapeutische Evaluationsforschung folgt aus diesen Überlegungen, daß es weder auf der Ebene der Professionellen noch auf der Ebene der Klienten angemessen ist, Gruppen nach theoretisch geleiteten Kriterien zu bilden (wie beispielsweise therapeutische Schulenzugehörigkeit oder psychiatrische Diagnosen). Vielmehr müssen die biographischen Konstruktionsmuster und die daraus resultierenden Deutungs- und Handlungsschemata, einschließlich der subjektiven Störungskonzepte der Psychotherapeuten und Klienten ebenso in den Evaluationsprozeß einbezogen werden wie die Transformationsprozesse des wissenschaftlichen Wissens in die therapeutische Praxis und anschließend in den Alltag der Klienten. Als zentrales Moment für die Effektivität von Psychotherapie

muß aus Sicht einer sozialwissenschaftlichen Psychotherapieforschung das Integrationspotential und die Anschlußfähigkeit der therapeutischen Deutungsangebote an die der Patienten gelten. Klienten einer Psychotherapie müssen nicht nur in der Lage sein, Sinn- und Erfahrungszusammenhänge neu wahrzunehmen und zu kombinieren, sondern brauchen Anknüpfungspunkte für das erfahrene psychotherapeutische Deutungs- und Handlungswissen in ihrer lebensgeschichtlich gewachsenen Selbst- und Welt-sicht. Erst dann ist es möglich, eine längerfristig andauernde und vom therapeutischen Kontakt unabhängige Öffnung und Erweiterung ihrer Wahrnehmungs- und Deutungsstrukturen sowie ihrer Handlungskompetenzen im Sinne eines `sustainable development` angestrebt zu entwickeln.

Anmerkungen

1. Überarbeitete Fassung eines Vortrags auf dem Kongreß für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Berlin, Februar 1996
2. Zur Kritik an diesem Modell siehe auch Buchholz & Streeck 1994, Jaeggi 1994a, Stiles & Shapiro 1989.
3. Unsere Aussagen beziehen sich selbstverständlich auf Frauen und Männer, auch wenn der besseren Lesbarkeit halber die männliche Sprachform gewählt wurde.
4. Frank (1981) spricht in diesem Zusammenhang von 'Demoralisierung'.
5. Die mangelnde Kooperation zwischen Therapieforschern und Praktikern wird immer wieder beklagt, siehe beispielsweise Jaeggi (1994b) oder Rudolf (1991).
6. Solche Methoden basieren auf den Paradigmen der grounded theorie (Glaser & Strauss 1967). Damit korrespondierende Auswertungsmethoden sind beispielsweise die in unserer Forschungsgruppe (Kühnlein & Mutz 1996) verwendete Sozialwissenschaftliche Hermeneutik (nach: Oevermann 1986, 1993, Soeffner 1989), die Konversationsanalyse oder die Metaphernanalyse (siehe in ihrer praktischen Anwendung innerhalb der Psychotherapieforschung beispielsweise Buchholz 1995).

7. Es handelt sich dabei um das DFG-Projekt »Verwendung psychologischen Wissens. Ehemalige Psychatriepatienten rekonstruieren ihre Biographie nach dem Abschluß einer psychotherapeutischen Behandlung«, das an der Münchner Projektgruppe für Sozialforschung e.V. (MPS) durchgeführt wurde. Siehe ausführlich: Kühnlein (1993), (1995a,b), Kühnlein & Mutz (1996), Mutz & Kühnlein (1991, 1993).
8. Vergleichbares gilt auch für die Phantasien und Erwartungen der Klienten über den Therapieprozeß, wie sie exemplarisch von Buchholz (1993) herausgearbeitet wurden.
9. Nassehi & Weber (1990, 159): »Kontinuität bedeutet keinesweg eine Sukzession ohne Brüche, Diskontinuitäten, Rückfälle, Enttäuschungen, innere Widersprüchlichkeiten, lebensgeschichtliche Sackgassen und Umwege. Im Gegenteil, die spezifisch sinnhafte Bewußtseinsleistung besteht gerade in der Integration von Differenzen, in der Interpretation von Widersprüchen und der Legitimation von Brüchen.«
10. Zitate sollen der Illustration, nicht dem Nachvollzug unseres Auswertungsverfahrens dienen.
11. Spezifisch für die Psychosomatik und Psychotherapie: Lamprecht & Johnen (1994).

Literatur

- ANTONOVSKY, AARON (1987): Unraveling the mystery of health. London: Jossey Bass
- BECK, ULRICH & BONB, WOLFGANG (1989): Verwissenschaftlichung ohne Aufklärung? In: U. Beck, Bonß, W. (Hg.): Weder Technologie noch Aufklärung? Analysen zur Verwendung sozialwissenschaftlichen Wissens, 7-45. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- BOROFFKA, ALEXANDER (1993): Transkulturelle Psychiatrie - Überblick und Probleme. *curare* 16, 47-63
- BOZOK, B. & BÜHLER, K.-E. (1988): Wirkfaktoren der Psychotherapie. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 56, 119-132
- BUCHHOLZ, MICHAEL B. (1993): Die Rolle der Prozeßphantasie in der stationären Psychotherapie. *Journal für Psychologie*, Jg. 1, Heft 4, 64-81
- BUCHHOLZ, MICHAEL B. (Hg.) (1995): Psychotherapeutische Interaktion. Qualitative Studien zu Konversation und Metapher, Geste und Plan. Opladen: Westdeutscher Verlag
- BUCHHOLZ, MICHAEL B. & STREECK, ULRICH (1994): Psychotherapeutische Interaktion: Aspekte qualitativer Psychotherapieforschung. In: Buchholz, M. B., Streeck, U. (Hg.): Heilen, Forschen, Interaktion. Psychotherapie und qualitative Sozialforschung, 67-106. Opladen: Westdeutscher Verlag
- CZOGALIK, DIETMAR (1990): Wirkfaktoren in der Einzelpsychotherapie. In: V. Tschuschke, Czogalik, D. (Hg.): Psychotherapie - Welche Effekte verändern? 7-30. Berlin: Springer
- DREYFUS, H. & DREYFUS, S. (1988): Künstliche Intelligenz - Von den Grenzen der Denkmaschine und dem Wert der Intuition. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt
- FIGGE, HORST H. (1991): Krankheit als Fiktion. *curare* 14, 113-118
- FRANK, JEROME D. (1981): Die Heiler. Stuttgart: Klett-Cotta
- FROMMER, JÖRG (1994): Qualitative Diagnostikforschung in Psychopathologie und Psychotherapie. In: Hoefert, H.W., Klotter, C. (Hg.): Neue Wege der Psychologie: eine Wissenschaft in der Veränderung, 131-158. Heidelberg: Asanger
- FUCHS, WERNER (1984): Biographische Forschung. Eine Einführung in Praxis und Methoden. Opladen: Westdeutscher Verlag
- GARFIELD, SOL L. (1982): Psychotherapie. Ein eklektischer Ansatz. Weinheim: Beltz
- GIDDENS, ANTHONY (1991): Modernity and Self-Identity. Cambridge: Polity Press
- GLASER, BERNARD G. & STRAUSS, ANSELM L. (1967): The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research. Mill Valley: Sociology Press
- GRAWE, KLAUS (1987): Schema-Theorie und heuristische Psychotherapie. *Forschungsberichte aus dem Psychologischen Institut der Universität Bern*, 1
- GRAWE, KLAUS (1988): Der Weg entsteht beim Gehen. Ein heuristisches Verständnis von Psychotherapie. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis* 1, 39-49
- GRAWE, KLAUS, DONATI, RUTH & BERNAUER, FRIEDRIKE (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe
- HELMCHEN, H. (1991): Der Einfluß diagnostischer Systeme auf die Behandlungsplanung. *Fundamenta Psychiatrica* 5, 18-23
- HUF, ANDREA (1992): Psychotherapeutische Wirkfaktoren. Weinheim: Beltz
- JAEGGI, EVA (1944a): Das Flimmern auf der Leinwand: Psychotherapieforschung und Psychotherapie. *Journal für Psychologie* 1, 53-63

- JAEGGI, EVA** (1994b): Die problematische Beziehung zwischen Psychotherapeuten und Psychotherapieforschung. In: Buchholz, M. B., Streeck, U. (Hg.): a.a.o.
- KARASU, T.B.** (1986): The specificity versus nonspecificity dilemma: Toward identifying therapeutic change agents. *Am. J. Psychiatry.* 143, 687-695
- KEUPP, HEINER, STRAUS, FLORIAN, & GMÜR, WOLFGANG** (1989): Verwissenschaftlichung und Professionalisierung. Zum Verhältnis von technokratischer und reflexiver Verwendung am Beispiel psychosozialer Praxis. In: Beck U., Bonß, W.(Hg.): a.a.o.
- KÜHNLEIN, IRENE** (1993): Langfristige Effekte stationärer Psychotherapie: Erklärungs- und Umsetzungsformen der Erfahrung von Psychotherapie im Alltag. *PPmP Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 43, 341-347
- KÜHNLEIN, IRENE** (1995a): Spuren einer stationären Psychotherapie in der Biographiekonstruktion und der alltäglichen Handlungsorientierung der Betroffenen. In: Corsten, M., Hoerning, E. M. (Hg.): *Institution und Biographie - die Ordnung des Lebens*, 193-205. Pfaffenweiler: Centaurus
- KÜHNLEIN, IRENE** (1995b): Wiederherstellung von biographischer Kontinuität nach Abschluß einer stationären Psychotherapie. Eine Fallstudie. *Psychotherapeut* 40, 239-245
- KÜHNLEIN, IRENE & MUTZ, GERD** (1996): Psychotherapie als Transformationsprozeß. Expertenwissen im Alltagshandeln ehemaliger Klienten. Opladen: Westdeutscher Verlag
- LAMBERT, MICHAEL J. & BERGIN, ALLEN E.** (1994): The Effectiveness of Psychotherapy. In: Bergin, A. E., Garfield, S. L. (Hg.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 143-189. New York: Wiley & Sons
- LAMPRECHT, F. & JOHNEN, R.** (Hg.) (1994): *Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik?* Frankfurt/M.: VAS
- MAHLMANN, REGINE** (1991): *Psychologisierung des »Alltagsbewußtseins«.* Opladen: Westdeutscher Verlag
- MUTZ, GERD & KÜHNLEIN, IRENE** (1991): *Lebensgeschichte als Skript? Verwendung alltäglicher und wissenschaftlicher Wissensbestände bei der biographischen Rekonstruktion von Krankheitsverläufen.* In: Flick, U. (Ed): *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit*, 230-242. Heidelberg: Asanger.
- MUTZ, GERD & KÜHNLEIN, IRENE** (1993): *Im Spannungsfeld zwischen Kollektiv- und Individualbiographie.* BIOS Heft 1. 47-70
- NASSEHI, ARMIN & WEBER, G.** (1990): *Zu einer Theorie biographischer Identität.* In: BIOS, Heft 2, 153-188
- NITTEL, DIETER** (1991): *Report: Biographieforschung.* Bonn: Deutscher Volkshochschulverband
- OEVERMANN, ULRICH** (1993): *Die objektive Hermeneutik als unverzichtbare methodologische Grundlage für die Analyse von Subjektivität.* In: Jung, T. & Müller-Doohm, S. (Hg.): *»Wirklichkeit« im Deutungsprozeß. Verstehen und Methoden in den Kultur- und Sozialwissenschaften*, 106-189. Frankfurt/M: Suhrkamp
- ROSENHAN, D. L.** (1992): *On being Sane in Insane Places.* In: Morse, J.M. (Ed.): *Qualitative Health Research*, 202-224. Newbury Park, Ca.: Sage
- RUDOLF, G.** (1991): *Die Beziehung zwischen Psychotherapieforschung und psychotherapeutischer Praxis.* In: Buchheim, P., Cierpka, M., Seifert, T. (Hg.): *Psychotherapie im Wandel*, 113-129. Berlin: Springer
- SOEFFNER, HANS-GEORG** (1989): *Auslegung des Alltags – Alltag der Auslegung. Zur wissenssoziologischen Konzeption einer sozialwissenschaftlichen Hermeneutik.* Frankfurt/M.: Suhrkamp
- TEXTOR, MARTIN R.** (1990): *Gemeinsamkeiten von Psychotherapieansätzen.* *Integrative Therapie* 3, 246-259
- THOMMEN, BEAT, AMMANN, ROLF, & CRANACH, MARIO VON.** (1988): *Handlungsorganisation durch soziale Repräsentation.* Bern: Huber
- WALLERSTEIN, R. S.** (1990): *Zum Verhältnis von Psychoanalyse und Psychotherapie. Wiederaufnahme einer Diskussion.* *Psyche* 44, 967-994
- WOLFF, STEPHAN** (1994): *Innovative Strategien qualitativer Sozialforschung im Bereich der Psychotherapie.* In: Buchholz, M. B., Streeck, U. (Hg.): *Heilen, Forschen, Interaktion. Psychotherapie und qualitative Sozialforschung*, 39-65. Opladen: Westdeutscher Verlag