



Stephan Baerwolff, Hamburg

Die Angst des Systemikers vor der Therapieforschung: Unbegründet?! Anmerkungen zu einer schwierigen Beziehung

Wenn ich im Folgenden einige Gedanken zur Therapieforschung äußere, geschieht dies aus der Perspektive eines systemischen Praktikers ohne spezielle Kenntnisse über, aber mit Interesse an Therapieforschung. Das Ziel dieses Beitrages wäre für mich erreicht, wenn einige "echte ExpertInnen" (oder informierte Laien wie ich) mir ihre Gedanken dazu mitteilen würden (dazu die e-mail-Adresse am Schluss). Für die Anregung eines solchen Austausches erscheint mir das *gepfefferte Ferkel* ein geeigneter Ort, da hier nicht nur "Fertiges", sondern auch Gedankenskizzen (hoffentlich) Platz haben.

Während dies für einen "ordentlichen" wissenschaftlichen Artikel unangemessen wäre, erlaube ich mir in diesem Kontext meinen Beitrag mit einer kleinen biographischen Notiz zu beginnen:

Mitte der 70er Jahre bekam ich als Student der Psychologie die Gelegenheit, meine Diplom-Arbeit im Rahmen eines umfangreichen Therapie-Vergleichsprojektes zu schreiben. Dies erschien mir umso interessanter, als ich die vorliegenden Daten auf differentielle Veränderungsmuster hin untersuchen sollte, eine Fragestellung, die Klaus Grawe gerade kurz zuvor in einer anderen Vergleichs-Studie mit viel versprechenden Ergebnissen bearbeitet hatte (GRAWE 1976). Meine anfängliche Begeisterung wich allerdings bald einer großen Ernüchterung je mehr ich mich in die "Feinheiten" der statistischen Methodik einarbeitete: So musste ich leider feststellen, dass die inhaltliche Interpretierbarkeit der Ergebnisse an Voraussetzungen geknüpft war (1), die bei dem mir vorliegenden Daten überwiegend nicht erfüllt waren, ein Problem, von dem in anderen Arbeiten aber nichts zu lesen gewesen war (obwohl es sich z.B. in der Untersuchung von Grawe genauso gestellt hätte). Nun stand ich vor der Entscheidung, entweder den Ansatz als methodisch ungeeignet zu verwerfen (und mich damit von meiner bereits geleisteten Arbeit sowie der Hoffnung auf die baldige Erlangung des Diploms zu verabschieden) oder aber die Probleme zu ignorieren und so zu tun, als spiegelten die Daten die "wirklichen" Effekte (und nicht möglicherweise nur statistische Artefakte) wider. Ich entschied mich für einen Mittelweg, indem ich die Daten vor dem Hintergrund der Problematik diskutierte: Dies war zäh und mühsam und ergab natürlich keine so schöne und prägnante "Erzählung" wie in Grawes Arbeit.

Nach diesen frustrierenden Erfahrungen kümmerte ich mich in den folgenden Jahren überhaupt nicht mehr um Therapieforschung, sondern stürzte mich als Berufsanfänger ganz in die klinische Praxis als Familien- und später systemischer Therapeut und Berater. Wie von Seiten der Wissenschaft vielfach beklagt, nahm man hier keine Notiz von den Anstrengungen der Therapie-ForscherInnen, ein Umstand, der durch die "konstruktivistische Wende" eher noch verstärkt wurde:

1. Denn an der Wiege des systemischen Ansatzes standen mit den verschiedenen Spielarten des konstruktivistischen Denkens Erkenntnistheorien, die gerade darauf zielten, das naive Verständnis von "Wirklichkeit" zu hinterfragen. SystemikerInnen standen daher der empirischen Therapieforschung insofern äußerst kritisch gegenüber, als sie dort erkenntnistheoretische Ignoranz vermuteten und die Unangemessenheit des Versuchs anprangerten, mit na-

turwissenschaftlichem Denken und Instrumentarium sozialwissenschaftlichen Fragen (wie die Untersuchung therapeutischer Prozesse) beizukommen (2).

2. Der systemische Ansatz entstand durch die Begegnung von experimentierfreudigen PraktikerInnen und unkonventionellen TheoretikerInnen anderer wissenschaftlicher Disziplinen. Dieser Kontakt fand außerhalb der Orte statt, an denen traditionellerweise Wissenschaft und Forschung betrieben werden (z.B. Universitäten). Besonders die PraktikerInnen waren an einer Erweiterung ihrer Handlungsmöglichkeiten im klinischen Alltag interessiert (wozu die neuen Ideen reichlich Nahrung boten), nicht an Fragen der empirischen Überprüfung im Sinne kontrollierter Studien. Ihnen reichte die Erfahrung der unmittelbaren Evidenz, dass ihr Tun im Einzelfall Effekte hervorbrachte.

Eine neue Situation trat mit den Diskussionen um das Psychotherapeutengesetz und dem Bemühen des systemischen Ansatzes ein, hier als wissenschaftliches Verfahren Anerkennung zu finden: Trotz der grundsätzlichen Kritik an den vorgegebenen "Messlatten" versuchte man nun, die Wirksamkeit des systemischen Ansatzes auch anhand von Evaluationsstudien darzustellen. Ein Blick in Günter Schiepek's Arbeit, die dem wissenschaftlichen Beirat vorgelegt wurde (SCHIEPEK 1999), zeigt aber (wie schon die Übersicht bei VON SCHLIPPE und SCHWEITZER 1996 einige Jahre zuvor), dass der empirische Nachweis der Wirksamkeit systemischer Therapie äußerst dürftig ausfällt. Zum einen wurden hier viele Studien aufgenommen, die "systemisch-strukturelle", "systemisch-strategische", Familientherapie nach dem "Mailänder Modell" usw. untersuchten, Verfahren also, die dem heutigen Verständnis des systemischen Ansatzes (wie er von Schiepek brillant dargestellt wurde) gerade nicht entsprechen. Die methodische Qualität der wenigen aufgezählten Studien zur (im eigentlichen Sinne) systemischen Therapie (SCHIEPEK 1999; S. 389ff.) dürften dagegen hart gesottenen Empirikern kaum mehr als ein müdes Lächeln abringen. Es erscheint daher fast als Euphemismus, wenn von Schlippe und Schweitzer davon sprechen, dass die empirische Befundlage "sicher noch nicht befriedigend sei" (VON SCHLIPPE und SCHWEITZER 1996, S. 285).

Ein ganz anderes Bild ergibt sich, wenn man statt Therapie-Vergleichsstudien Untersuchungen betrachtet, die den Blick auf den **Therapieprozess** richten. Diese aus der Analyse nicht-systemischer Therapien gewonnenen Ergebnisse erweisen nämlich gerade jene Faktoren als wirksam, die im Zentrum systemischer Therapie stehen. So wie SCHIEPEK (1999, S. 252ff.) dies für die 4 Wirkfaktoren von Grawe gezeigt hat, möchte ich anhand der Wirkfaktoren von Lambert beispielhaft darstellen, dass der systemische Ansatz genau diese zu realisieren in der Lage ist und dies nicht nur "zufällig" geschieht, sondern weil das Vorgehen im Einklang mit den theoretischen Grundannahmen steht. Dabei beziehe ich mich auf die Übersichtsarbeiten von Miller u.a. (2000) sowie Hubble u.a. (2001).

Lambert folgert aus seiner Meta-Analyse von Therapiestudien, dass die Varianz des Therapieerfolgs durch folgende vier Faktoren aufgeklärt wird:

1. Den einflussreichsten Faktor stellen Klientenmerkmale dar, die im Therapieprozess aktiviert werden können (und müssen). Diese von GRAWE und GRAWE-GERBER (1999) in letzter Zeit ebenfalls zum zentralen Wirkfaktor erklärte "Ressourcenaktivierung" verlangt von TherapeutInnen, die Fähigkeiten, Interessen, Beziehungen, Werte, Ziele usw. der KlientInnen für eine Lösungsentwicklung zu nutzen und so einen Prozess der "gecoachten Selbstveränderung" zu fördern.
Obwohl dieser Aspekt (weil empirisch als wirksam erwiesen) zunehmend auch in anderen Therapierichtungen wie der Verhaltenstherapie an Bedeutung gewinnt, erscheint er doch dort eher wie ein Fremdkörper, der dem am medizinischen Modell orientierten Defizit-Denken später künstlich hinzu gefügt wurde. Demgegenüber ist die Ressourcenorientierung von Anfang an nicht zufällig Bestandteil des systemischen Ansatzes: Maturanas Biologische Erkenntnistheorie (Stichwort: Autopoiese) legte wie alle Theorien zur Selbstorganisation eine Sichtwei-

se nahe, die die KlientInnen mit ihrer jeweils besondere Struktur und Eigendynamik in den Mittelpunkt rückte: Denn mit der "Unmöglichkeit instruktiver Interaktion" verschwand auch der Therapeut, der mit machtvollen strategischen Interventionen Systeme gezielt beeinflusste, als Held von der Bildfläche. Stattdessen wuchs das Interesse an den Ressourcen der KlientInnen, für deren Nutzung im Dienste einer befriedigenden Lösung die systemische Therapie geeignete Rahmenbedingungen bereitstellt.

Die konstruktivistischen Theorieansätze erlaubten außerdem, implizite Überzeugungen in Frage zu stellen und Alternativen zu denken. Es ist daher ebenfalls kein Zufall, dass der ressourcen- und lösungsorientierte Ansatz des Shazers mit seiner radikalen Infragestellung des vorherrschenden strukturalistischen Ansatzes (hinter jedem Problem steht eine defekte Struktur, die zuerst diagnostiziert werden muss, ehe das Problem behandelt werden kann) gerade (und erst) im "Klima" der konstruktivistischen Wende gedeihen konnte (3).

Als empirisch bedeutsam für den Therapieerfolg stellen HUBBLE u.a. (2001, S.101 ff.) die Einbindung und Beteiligung der KlientInnen am Therapieprozess heraus. Diese ist insofern Bestandteil des systemischen Grundverständnisses, als TherapeutInnen sich am gemeinsam ausgehandelten Auftrag (im Sinne von LUDEWIG 1992) orientieren. Auch hier ist wieder der zentrale Stellenwert, den die Klärung der Anliegen der KlientInnen einnimmt, kein Zufall, sondern steht im engen Zusammenhang mit den theoretischen Annahmen: Während das medizinische Modell (wie es z. B. der strukturalistischen Familientherapie Minuchins zugrunde liegt) der TherapeutIn die Verantwortung für die Diagnose des Defekts und die Richtung der Intervention gibt, schließen die Meta-Theorien des systemischen Ansatzes (Konstruktivismus, Selbstorganisationstheorien, Post-Strukturalismus) ein solches Vorgehen aus. Die Klientenzentriertheit des systemischen Ansatzes steht also im Einklang mit dem theoretischen Modell, während die Orientierung an den Zielen der KlientInnen z. B. im VT-Ansatz von KANFER u.a. (2000) bloß als Ergebnis von Nützlichkeit erscheint (was sie ja empirisch auch ist).

Wenn MILLER u.a. (2000, S. 73) schließlich unter dem Faktor "KlientInnen-Ressourcen" das empirische Ergebnis referieren, dass Therapieerfolge umso stabiler sind, je mehr die KlientInnen diese sich selbst zuschreiben, bestätigt auch dies die oben skizzierte systemische Haltung: Indem wir z. B. fragen "Wie haben Sie das geschafft?" drücken wir genau unsere Annahme aus, dass TherapeutInnen zwar Anstöße geben können für Veränderung, es letztlich aber immer die Leistung der KlientIn bleibt, die diesen Erfolg hervorbringt. Auch drückt unsere Frage echtes Interesse aus, da wir uns als KonstruktivistInnen nicht anmaßen, die wahre Erklärung und Antwort schon zu kennen, so dass wir auf die Antwort der KlientInnen wirklich gespannt sein können. Dieses Interesse leitet schon über zum zweiten Faktor in Lamberts Konstrukt:

2. Wie in allen empirischen Untersuchungen des Therapieerfolgs (gleich welcher Therapierichtung) erweist sich die Qualität der **therapeutischen Beziehung** als entscheidende Größe. Interessant ist allerdings, dass die Einschätzung der Qualität von KlientInnen und TherapeutInnen wenig übereinstimmen und der Erfolg stärker mit der Sicht der KlientInnen korreliert (HUBBLE u.a. 2001, S. 146, MILLER u.a. 2000, S. 44)! Während therapeutische Schulen, die der TherapeutInnsicht der "Wirklichkeit" eine große Bedeutung einräumen, mit der Interpretation dieser Befunde einige Probleme haben dürften, ist das Ergebnis für SystemikerInnen wenig überraschend: Entsprechend Maturanas Prinzip der Strukturdeterminiertheit entscheiden die KlientInnen darüber, was sie als empathisch, echt, vertrauensvoll, interessiert, respektvoll, sympathisch, kompetent usw. empfinden und diese Einschätzung wird ihrer Struktur entsprechend unterschiedlich ausfallen. Daher geben z. B. die TherapeutInnen-Variablen der Gesprächstherapie zwar einen gewissen Anhalt, aber das Training eines bestimmten, standardisierten Therapeutenverhaltens (4) wird nie allen KlientInnen gerecht werden können (MILLER u.a. 2000, S. 126 ff.). Der systemische Ansatz, die individuelle Bedeutungswelt der KlientIn aus einer Haltung des "Nicht-(schon-vorher-besser)-Wissens" zu erkunden und sich darauf einzustellen, erlaubt eine große Flexibilität und ein

TherapeutInnenverhalten, das die Bedürfnisse der KlientIn zum Maßstab macht. Es erscheint mir sehr wahrscheinlich, dass diese systemische Haltung eine therapeutische Beziehungsgestaltung fördert, die von KlientInnen als hilfreich wahrgenommen wird.

3. Während der Begriff des "Placebo" in der Therapieforschung einen schlechten Klang hat und von den "wahren Therapie-Effekten" abgegrenzt wird, zeigen HUBBLE u.a. (2001, S. 195 ff.), dass **Hoffnung** ein integraler Bestandteil des Therapieprozesses selbst ist, der zirkulär mit den anderen Wirkfaktoren verknüpft ist. So zeigt die Prozessforschung, dass die Hoffnung der KlientInnen als erstes zunimmt, noch ehe es zu Symptomreduktion kommt, ehe die KlientInnen die Mechanismen der Therapie verstanden haben, ja oft schon vor der ersten Therapiestunde (nach der Anmeldung). Wie bei der Einschätzung der Beziehung findet sich auch hier eine hohe Korrelation zwischen den Hoffnungen der KlientInnen bzw. ihrer Einschätzung zu Beginn der Therapie, es gehe voran, und dem späteren Therapieerfolg. Es liegt nahe, dass die ressourcen- und lösungsorientierte Vorgehensweise systemischer TherapeutInnen (der Blick auf positiv erlebte Ausnahmen, Veränderungen und Zielvorstellungen) Hoffnung fördert und dies gerade in dieser offenbar für den weiteren Verlauf entscheidenden, besonders "sensiblen" Phase des Therapiebeginns, wo ca. zwei Drittel der Gesamtvarianz der Veränderung stattfindet (HUBBLE u.a. 2001, S. 199). Interessant ist auch das empirische Ergebnis, dass Therapien meist kürzer sind als es die Modelle der TherapeutInnen erwarten ließen, dass die Länge aber sehr wohl mit den Erwartungen der KlientInnen im Einklang steht (MILLER u.a. 2000, S. 67): Ein weiterer Hinweis auf die Autonomie und Nicht-Instruierbarkeit von KlientInnen, die SystemikerInnen nicht überrascht.

Als weiteren hoffnungsfördernden Faktor hat die Therapieforschung die Bereitstellung eines plausiblen Modells der Problemgenese und des Lösungsweges durch die Therapeutin behauptet: Der systemische Ansatz ist dabei flexibel genug, im Dialog mit den KlientInnen Modelle zu entwickeln, die sowohl an deren Erklärungssysteme anschließen als auch Ideen aus anderen Theoriefeldern (z.B. eine lerntheoretische Erklärung der Angst-Aufrechterhaltung) aufnehmen, ohne deren "Wahrheit" verpflichtet zu sein. Dies ist insofern wichtig, als die Zufriedenheit der KlientInnen steigt, wenn diese den Eindruck gewinnen, ihre TherapeutIn halte nicht strikt an einer bestimmten Denkweise fest (MILLER u.a. 2000, S. 39). Auch zeigte sich in Untersuchungen, dass die Vorstellungen über Problemstellung und Lösungswege zwischen TherapeutInnen und KlientInnen nicht zu stark differieren dürfen (MILLER u.a. 2000, S. 317 ff.). Diese Kongruenz herzustellen ist Aufgabe der TherapeutIn. Dabei steht diese Forderung nach Flexibilität in einem auch gesundheitspolitisch bedeutsamen Gegensatz zu dem in den USA besonders populärem Trend zur Manualisierung, der im Zusammenhang mit der Bewegung Evidenz-basierter Therapie steht (HUBBLE 2001, S. 329 ff., KANFER 2000, S. 306, ZURHORST 2003). Wenn man die flexible Abstimmung der eigenen therapeutischen Angebote auf die Erwartungen, Ressourcen und Reaktionen der KlientInnen als kreative künstlerische Tätigkeit ansehen würde, nennen HUBBLE u.a. (2001, S. 70) im Gegensatz dazu die manualisierte therapeutische Vorgehensweise spöttisch "Malen nach Zahlen".

4. Die eigentlichen therapeutischen **Techniken** klären nach Lambert nur 15% der Gesamtvarianz des Therapieerfolges auf (5). Daran mag es liegen, dass in manchen Übersichtsarbeiten zur Therapieforschung nur geringe Unterschiede zwischen den einzelnen untersuchten Therapieschulen gefunden wurden, wobei dieses so genannte Dodo-Verdikt (6) aber unter den Therapie-Forschern umstritten ist. Auch wenn KlientInnen auf die Frage nach hilfreichen Faktoren keine Techniken, sondern Aspekte des Therapeutenverhaltens und der Beziehung nennen (MILLER u.a. 2000, S. 45), schaffen Methoden doch einen Fokus und eine Struktur, was beides mit dem Therapieerfolg korreliert (ebd., S. 197). Die systemische Therapie verfügt über ein weites Spektrum von teils selbst entwickelten, teils aus anderen Verfahren übernommenen Methoden, die die anderen 3 Faktoren zur Geltung bringen, indem sie

- die Ressourcen der KlientInnen aktivieren, um einer Lösung näher zu kommen
- die therapeutische Beziehung strukturieren
- Hoffnung und Vertrauen fördern, dass eine Lösung möglich ist.

In den vorangegangenen Abschnitten habe ich die Einheit von Theorie und Praxis im systemischen Modell hervorgehoben. Dies bedeutet sicher nicht, dass sich etwa eine Intervention aus Maturanas Theorie "ableiten" ließe oder der durch eine systemische Verstörung angeregte Veränderungsprozess eines Klienten die "Richtigkeit" der Selbstorganisationstheorie "beweise". Vielmehr erscheint mir folgende Beschreibung passend: Modelle aus dem Feld systemischer Theoriebildung wie Maturanas biologische Erkenntnistheorie und Luhmanns Theorie sozialer Systeme haben z.B. die klinische Theorie Kurt Ludewigs angeregt, dessen Zentrum (das so genannte Mitglieds-Konzept) dann wieder bestimmte therapeutische Vorgehensweisen nahe legt (und andere eher ausschließt), ohne dass es sich dabei um einen strengen Ableitungs-Zusammenhang handeln würde. Dennoch finde ich es wichtig, diesen Zusammenhang der verschiedenen Ebenen zu betonen, da es in letzter Zeit Bestrebungen gibt (gerade auch als Ergebnis empirischer Forschung), einzelne Bestandteile des systemischen Ansatzes (etwa die Ressourcenorientierung) aus dem theoretischen Kontext zu lösen und in einen völlig anderen zu verpflanzen. Dies kann man als Weiterentwicklung begrüßen, doch sollten SystemikerInnen darauf hinweisen, dass der systemische Ansatz nicht nur aus der Wunderfrage und anderem nützlichem Handwerkszeug besteht, sondern in Anknüpfung an verschiedene Theorien auch ein Bild vom Menschen, vom Veränderungsprozess usw. enthält und diese Elemente in einem sinnvollen Gesamtzusammenhang stehen (7). Ansonsten besteht die Gefahr, dass andere Therapieschulen den systemischen Ansatz wie einen Steinbruch plündern, einzelne Stücke herausbrechen, sich einverleiben und dann im gesundheitspolitischen Diskurs vertreten, der Rest (der systemische Begründungszusammenhang) sei überflüssig. Da sich die Herkunft einzelner Methoden ohnehin schwer klären (8) und im Laufe der Zeit auch verschleiern lässt, wäre es noch leichter, der systemischen Therapie die Existenzberechtigung abzuspochen. Gegenüber diesem Horror-Szenario gälte es m. E., für die Einheit des systemischen Ansatzes zu werben, um die kontextabhängige Bedeutung der (z. B. methodischen) Einzel-Bestandteile zu sichern, wobei Therapieforschung ein Element dieses Prozesses darstellen könnte.

Um die bisherigen Ausführungen noch mal vereinfachend zusammenzufassen:

1. Die Wirksamkeit der systemischen Therapie ist empirisch ungenügend belegt.
2. Die für den Therapieerfolg empirisch relevanten Prozessvariablen stehen im Einklang mit der Theorie und Praxis der systemischen Therapie.
3. Systemische Therapieforschung müsste also zeigen
 - dass systemische TherapeutInnen diese Prozessvariablen realisieren (dass sie also das tun, was sie zu tun vorgeben
 - und dass dieses TherapeutInnen-Verhalten auch tatsächlich mit den erwarteten günstigen Effekten einhergeht.

Möglicherweise schlummert im Unbewussten der einen oder anderen LeserIn noch die Frage, die sie sich beim Lesen der Überschrift dieses Beitrags gestellt hat: "Was mag das Frage- und Ausrufezeichen hinter dem Wort "unbegründet" bedeuten?" Sie stehen für zwei Seiten in mir, die die Aufgaben und Chancen systemischer Therapieforschung unterschiedlich beurteilen:

Das **Fragezeichen** steht für den Teil, der die Skepsis gegenüber der herkömmlichen Therapieforschung keineswegs für unbegründet hält. Dieser Teil fürchtet, dass sich der systemische Ansatz derart verbiegen müsste, um ins Raster

empirischer Forschung zu passen, dass seine Identität berührt wird. So könnten die Forschungsdesigns eine Standardisierung des therapeutischen Vorgehens (Manualisierung) verlangen, die dem systemischen Selbstverständnis völlig zuwider läuft, sich flexibel an den Anliegen und Eigenarten der KundInnen auszurichten. Auch hinter anderen scheinbar methodischen Fragen verbergen sich Werte-Entscheidungen (9), die aber als solche nicht mehr diskutierbar sind, wenn man sich erst einmal den Zwängen der herkömmlichen Vergleichs-Forschung unterworfen hat. Die Anpassung an deren Standards liefert dann Daten, die eine Genauigkeit nur vorgaukeln können (siehe meine eigenen Erfahrungen am Anfang des Beitrags) und die für die Praxis irrelevant sind. Für die gesundheitspolitische Diskussion schließlich haben Outcome-Studien kaum Bedeutung, da auch positive Ergebnisse immer noch in Zweifel gezogen werden können und dem Ansatz trotz großer empirischer Anstrengungen die Anerkennung verweigert werden kann (siehe die Diskussionen um die Anerkennung der Gesprächstherapie). Demnach sollte sich systemische Therapieforschung lieber eigene Standards schaffen und mit eigenen Methoden Prozesse in "natürlichen" Kontexten erforschen.

Das **Ausrufezeichen** dagegen ist aufgrund der oben dargestellten Daten optimistisch, dass sich der Nutzen der systemischen Therapie auch in herkömmlichen Outcome-Studien zeigen ließe. Dieser Teil erkennt die Notwendigkeit an, sich mehr als bisher um den Nachweis der Wirksamkeit zu bemühen. Ihm ginge es nicht darum, in "Grand-Prix-Designs" die vermeintliche Überlegenheit des systemischen Ansatzes nachzuweisen und in den Wettbewerb um die höchsten Effektstärken einzutreten. Dennoch sollte man sich darum bemühen, den Nachweis der Wirksamkeit auf eine Weise zu führen, die von der herkömmlichen Therapieforschung ernst genommen wird (was eher langweilig ist, aber gesundheitspolitisch nötig). Dieser Teil ist optimistisch, dass auch die Standards herkömmlicher, nicht-systemische Therapieforschung (wie sie etwa von Grawe vertreten werden), genügend Spielraum bieten, eigene Akzente zu setzen (10). Dabei ist das Ausrufezeichen nicht so naiv zu glauben, dass empirische Wirksamkeitsnachweise auch automatisch die Anerkennung der systemischen Therapie im gesundheitspolitischen Diskurs nach sich zögen, doch sollte man den dem entgegen stehenden Machtinteressen ihre Ablehnung so schwer wie möglich machen! Natürlich ist die Durchführung von Therapieforschung auch kein bloßer Willensakt, sondern an zahlreiche materielle Voraussetzungen gebunden, die dem systemischen Ansatz aufgrund seiner Nicht-Anerkennung im etablierten System Wissenschaft gerade **nicht** zur Verfügung stehen (universitäre Lehrstühle, Forschungsmittel). Hier hofft der optimistische Teil aber auf eine langsame Aufweichung dieses Teufelskreises.

Wie nun könnte ein Standpunkt aussehen, der beide Seiten integriert? Vereinfacht gesagt: "Das eine tun und das andere nicht lassen" könnte heißen, Forschung mit herkömmlichen Mitteln zu betreiben, diese kritisch zu hinterfragen und durch andere Methoden zu ergänzen (11). Der von SystemikerInnen oft heraufbeschworene "Morgen, nachdem das Wunder passiert ist", sähe für mich dann so aus: SystemikerInnen könnten auf einige Outcome-Studien verweisen, deren Güteprofile denen der Menniger-Studie oder der von Sloane u.a., also hochgelobten Untersuchungen entsprechen und die zeigen, dass die systemische Therapie im Mittel ähnlich wirksam ist wie andere bewährte Verfahren. Dann könnte man sich beruhigt anderen, interessanteren Forschungsvorhaben zuwenden.

Vorerst erscheint mir dies aber leider wenig realistisch. Vielleicht sollten SystemikerInnen daher auch ihre wissenschaftspolitisch randständige Position anders bewerten und als Chance sehen (12): Da die materiellen Voraussetzungen ohnehin fehlen, sich mit groß angelegten, spektakulären Forschungsvorhaben in den Konkurrenzkampf der Therapieschulen einzumischen, könnten sie "im Verborgenen" alternative Vorgehensweisen entwickeln und darauf hoffen, dass sich auch im etablierten Wissenschaftsbetrieb eine Kritik der herkömmlichen Forschung weiter entwickeln wird. Aus dieser Konvergenz könnten später neue Möglichkeiten resultieren. Auch diese bescheidenere Position steht aber natürlich in einem krassen Gegensatz zu dem bisher unter vielen SystemikerInnen verbreiteten generellen Desinteresse an Therapieforschung! Initiativen wie das Forschungsprojekt SYMPA (durchgeführt von der Jo-

chen Schweitzer u.a. an der Uni Heidelberg) oder die Tagung zur Therapie- und Beratungsforschung in Heidelberg im nächsten Jahr finde ich daher sehr ermutigend.

Dabei könnte vielleicht eine Metapher helfen, dieses Tun angemessen einzuordnen, die ursprünglich von Kant stammt und später von Lyotard aufgegriffen wurde: Ihm zufolge ist die postmoderne Verfassung unserer Gesellschaft dadurch gekennzeichnet, dass es keine allgemeinverbindliche Meta-Erzählung mehr gibt, sondern auch in den Wissenschaften verschiedene Diskurse mit je unterschiedlichen Grundannahmen und Regeln koexistieren (was KonstruktivistInnen zu akzeptieren nicht schwer fällt). Metaphorisch gesprochen existiert das Gebiet der Wissenschaft also in Form eines Archipels, in dem die Inseln durch das Meer voneinander getrennt sind.

Liest man nun z.B. die Therapie-Studie von Klaus Grawe (GRAWE u.a. 1994), so gewinnt man leicht den Eindruck, hier solle den einzelnen Inseln mit ihren je eigenen Sprachen und Kulturen wieder ein allgemein verbindliche Code aufgezwungen werden (13). Die Reaktion der Inselbewohner auf diesen als feindlichen Eroberungs-Versuch wahrgenommen Akt ist dann ein zähes Verteidigen der eigenen Inselwelt, eine Abschottung vor allem Fremden und eine Verherrlichung der regionalen Idiome als der eigentlich wertvollen Sprache (beispielhaft nachzulesen im Heft 5/1995 der psychoanalytischen Zeitschrift PSYCHE, das sich mit Grawes Studie auseinandersetzt) (14).

Man könnte meinen, der Philosoph Wolfgang Welsch (WELSCH 1996) beziehe sich auf diesen Streit um die "richtige" Art der Therapieforschung, wenn er in seinem Konzept der transversalen Vernunft von der Pluralisierung der Vernunft ausgeht und die Anerkennung dieser Pluralisierung als grundlegenden Ausgangspunkt fordert (15). Deshalb steht nicht mehr das Streben nach Einheit im Zentrum seines Denkens, sondern die Leitidee der diskursiven Gerechtigkeit (ebd. S. 701 ff.): Dies bedeutet, dass Vernunft ein "Spezifitäts-, Komplexitäts- und Alternativenbewusstsein aufweisen" muss und sich gegen Ausschlüsse alternativer Diskurse, gegen deren Majorisierung und Totalisierung wendet (ebd. S.703) (16). Stattdessen sollte die Vernunft im Geflecht der Rationalitäten operieren und den Übergangsmöglichkeiten folgen, die diese aufgrund ihrer Verflechtung erlauben (ebd. S. 624 ff) (17).

M.E. sind diese Gedanken auch für die Therapieforschung äußerst bedeutsam: Den in einer Vergleichsstudie untersuchten Verfahren müsste Gerechtigkeit widerfahren, insofern die VertreterInnen der verschiedenen Schulen respektvoll z. B. die jeweiligen Kriterien für Therapieerfolg diskutieren und nach Gemeinsamkeiten und Unterschieden suchen. In einem solchen Dialog, der die unterschiedlichen Ausgangspunkte akzeptiert, könnten möglicherweise Übergänge gefunden werden, die in Richtung auf eine "Allgemeine Psychotherapie" weisen und die Entwicklung des psychotherapeutischen Feldes als Ganzem voranbringen, ohne dass die völlige Auflösung der Unterschiede zwischen den Therapierichtungen ein realistisches (oder auch nur erstrebenswertes) Ziel wäre. Grawes Versuch dagegen, die Therapieforschungsergebnisse seiner Interpretation entsprechend zur Auslöschung der existierenden Schulen und zur Implementierung einer "Allgemeinen Psychotherapie" nach seinem Verständnis zu nutzen, stellt m. E. ein Beispiel für die Totalisierung im Sinne von Welsch dar.

SystemikerInnen sind aufgrund ihrer Nähe zu konstruktivistischen Theorien für solche "imperialistischen" Gesten besonders sensibel und sollten insofern ihre Pluralitätskompetenz konstruktiv in den Prozess der weiteren Entwicklung der Psychotherapieforschung einbringen.

Anmerkungen:

(1) Genauer gesagt ging es darum, dass Korrelationen von Veränderungswerten gebildet wurden, deren Interpretierbarkeit aber daran gebunden ist, dass sich die Varianzen der entsprechenden Ausgangsverteilungen nicht be-

deutsam unterscheiden dürfen, da sonst nicht mehr entscheidbar ist, ob signifikante Korrelationen wirkliche Zusammenhänge oder nur statistische Regressionseffekte widerspiegeln, also Artefakte wären.

(2) Dieses Problem wurde auch schon früher gesehen, z. B. von HOLZKAMP (1972): Der Versuch, psychologische Forschung methodisch am Vorbild der Physik auszurichten führe paradoxerweise zur Irrelevanz der Ergebnisse.

(3) Steve de Shazer reichte seinen Artikel „The Death of Resistance“ 17 mal vergeblich bei allen einflussreichen Journals ein und musste ihn 6 mal umschreiben, ehe er schließlich 1984 in Family Process erscheinen durfte!

(4) Dies gilt sicher eher für die Schüler von Carl Rogers (wie Tausch) als für den Gründervater der GT selbst, der immer mehr an der klienten-zentrierten Haltung als an operationalisierbarem TherapeutInnen-Verhalten interessiert war.

(5) Wie wenig Techniken „an sich“ wirksam sind, zeigt eine Untersuchung, in der Agoraphobikern ermutigt wurden, sich einer Reizkonfrontations-Prozedur zu unterziehen. Dabei wurde dies einem Teil der KlientInnen als Beginn der Behandlung, den anderen als diagnostische Maßnahme dargestellt. Die Verringerung der Ängste war in der ersten Gruppe weitaus stärker! (GRAWE 1998, S. 29) Dies verweist auf die große Rolle des Bedeutungs-Kontextes, in dem Techniken stehen, und der sie mit den anderen Wirkfaktoren, besonders der Induktion von Hoffnung, verbindet.

(6) Nach der Aussage des Zauberers Dodo aus „Alice in wonderland“: „Alle haben gewonnen und alle verdienen einen Preis.“

(7) Was geschieht, wenn dies fehlt, zeigt ein Beispiel bei GRAWE 1998: Er hebt die Bedeutung non-verbaler Therapeutenverhaltens für die therapeutische Beziehung hervor und schreibt: „Es scheint also auch eine allgemeine Einstellung zu Patienten im Tonfall zum Ausdruck zu kommen.“ Schlussfolgernd heißt es kurz darauf: „Therapeuten in Ausbildung müssen, wenn sie sich nicht ohnehin nonverbal so verhalten, diese Verhaltensaspekte bewusst kontrollieren lernen, bis sie sie automatisch realisieren.“ (S. 314) Aufgrund des Fehlens einer Meta-Theorie, die es den Weiterbildungs-TeilnehmerInnen erleichtern würde, eine respektvolle Haltung ihren KlientInnen gegenüber einzunehmen, bleibt also nur das verhaltensorientierte Training!

(8) Die Wunderfrage, die ja Steve de Shazer zugeschrieben wird, wurde vorher in ähnlicher Form nicht nur von Milton Erickson, sondern sogar schon von Alfred Adler gestellt! (MILLER u.a. 2000, S. 158)

(9) Obwohl z. B. GRAWE u.a. (1994, S. 13) im Vorwort ihres Buches eine Studie erwähnen, wonach eine einzige therapeutische Sitzung den Medikamentenkonsum und die Zahl der Arztbesuche der KlientInnen in den nächsten 5 Jahren um 60% reduzierte, schließen sie alle Untersuchungen aus ihrer Studie aus, in denen die Behandlungsdauer weniger als 4 Sitzungen betrug (S. 59) und werten es als Zeichen mangelnder klinischer Relevanz, wenn weniger als 7 Sitzungen durchgeführt wurden (S. 74). Diese scheinbar harmlosen methodischen Entscheidungen bedeuten also de facto den Ausschluss von Kurztherapie!

(10) „Keinem Therapieforscher ist ja vorgeschrieben, welche Kriterien er an die Wirksamkeitsbewertung der von ihm untersuchten Therapieformen anlegt. Dafür besteht ein sehr großes Spektrum an Inhalten und Methoden.“ (GRAWE u.a. 1994, S. 170)

(11) Die Ähnlichkeit dieser Position mit meinem Tun als Diplomand mag man als Zeichen von sich-treu-bleiben oder von der Unfähigkeit, dazu zu lernen, interpretieren.

(12) Die folgenden Anregungen verdanke ich Michael Rufer.

(13) Die Existenz verschiedener „Sprachen“ schreibt Grawe vor allem der Ignoranz oder dem Eigennutz der verschiedenen Therapieschulen zu (z. B. GRAWE u.a. 1994, S. 28), während er seine eigene Sichtweise als Meta-Perspektive versteht (ebd., S. 54). Dies verleiht ihm das Recht, wie ein selbst ernannter Richter von Insel zu Insel zu reisen und mit seiner Meßlatte (der Wahrheit) die Kulturen der einzelnen Inseln zu beurteilen.

(14) Als kleine Leseprobe: „In drei bis fünf katamnesticen Gesprächen können aufgrund der kommunikativen Kompetenz eines erfahrenen Psychoanalytikers derart viele Aufschlüsse gewonnen werden, mit denen kein Prä-Post-Test-Vergleich herkömmlicher Evaluation mithalten kann.“ (MERTENS, S. 431)

(15) „Seit Kants drei Kritiken, seit Max Webers Diagnose der Ausdifferenzierung und seit Wittgensteins Übergang vom Singular der Sprache zum Plural der Sprachspiele kann man von Vernunft nur noch sprechen, wenn man zugleich von ihrer Pluralisierung spricht.“ ... „Pluralisierung kennzeichnet den Generaltrend der gegenwärtigen Vernunftdebatte.“ (WELSCH 1996, S. 431 f.) „Vernünftigkeit nimmt angesichts der rationalen Pluralitäten erster Linie den Sinn von Pluralitätskompetenz an.“ (ebd., S. 433)

(16) „Totalisierungen liegen, über Majorisierung hinausgehend, dort vor, wo die Logik eines bestimmten Paradigmas nicht nur auf einige andere - auf ähnliche, angrenzende, verwandte - Paradigmen, sondern auf sämtliche Paradigmen übertragen wird und für diese verbindlich gemacht werden soll.“ (ebd., S. 706) „Sie (die Vernunft, S.B.) muß all denjenigen Strategien entgegentreten, die mit der Pluralität der rationalen Formen - vorgeblich im Namen der Vernunft - noch einmal nicht anerkennend, sondern tilgend, nicht exponierend, sondern eliminierend, nicht im Sinn von Gerechtigkeit, sondern mit dem Ziel der Auslöschung umzugehen gedenken. ... Sie suchen Vernunftansprüche und -strategien festzuhalten oder zu restituieren, die durch die moderne Entwicklung der Rationalität überholt wurden. Die Verfolgung solcher Ziele mag zwar noch immer traditionelle Wünsche befriedigen, aber den modernen Gegebenheiten und Aufgaben wird sie nicht mehr gerecht. Die Aussicht auf Versöhnung, das Versprechen neuer Einheit, das Fanal der Tilgung der Pluralität zugunsten neuer Totalintegration sind emotionale Verlockungen, die von den Vertretern der alten Sehnsüchte ausgestreut werden, ...“ (ebd., S. 713)

(17) Welsch sympathisiert hier eher mit Deleuze als mit Lyotard: Während letzterer für eine radikale Heterogenität der Diskurse eintritt, die keinen Brückenschlag erlaubt, sieht Deleuze die verschiedenen Paradigmen trotz ihrer Heterogenität durch Übergänge miteinander verflochten. Deshalb favorisiert er die Metapher des Rhizoms, eines Wurzeltypus, der den Charakter eines Netzwerkes hat und - sich laufend verändernd - Differenzen und Übergänge vereint (ebd., S. 356 ff.)

Literatur:

Grawe, Klaus: Differentielle Psychotherapie I. Bern (Huber) 1976

Grawe, Klaus: Psychologische Therapie. (Hogrefe) 1998

Grawe, Klaus; Donati, Ruth und Bernauer, Friederike: Psychotherapie im Wandel. Göttingen (Hogrefe) 1994

Grawe, Klaus und Grawe-Gerber, Miriam: Ressourcenaktivierung. Psychotherapeut, 1999, S. 63-73

Holzcamp, Klaus: Kritische Psychologie. Frankfurt a.M. (Fischer) 1972

Hubble, Mark A.; Duncan, Barry L. und Miller, Scott D.: So wirkt Psychotherapie. Dortmund (modernes lernen) 2001

Kanfer, Frederick H.; Reinecker, Hans S. und Schmelzer, Dieter: Selbstmanagement-Therapie. Berlin (Springer) 2000

Ludewig, Kurt: Systemische Therapie. Stuttgart (Klett-Cotta) 1992

Mertens, Wolfgang: Warum (manche) Psychoanalysen lange dauern (müssen). In Psyche, Mai 1995

Miller, Scott D.; Duncan, Barry L. und Hubble, Mark A.: Jenseits von Babel. Stuttgart (Klett-Cotta) 2000

Schiepek, Günter: Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Göttingen (V&R) 1999

Von Schlippe, Arist und Schweitzer, Jochen: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen (V&R) 1996

Welsch, Wolfgang: Vernunft. Frankfurt a.M. (Suhrkamp) 1996

Zurhorst, Günter: Eminenz-basierte, Evidenz-basierte oder Ökologisch-basierte Psychotherapie? Psychotherapeutenjournal, 2/2003

(ERSTVERÖFFENTLICHUNG JANUAR 2004)