

### Bedeutungswandel und Therapieerfolg: was kontrollierten Effektivitätsstudien entgeht

Conrad, Annegret

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

#### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Conrad, A. (2005). Bedeutungswandel und Therapieerfolg: was kontrollierten Effektivitätsstudien entgeht. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 29(2), 69-89. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-18955>

#### 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>

*Annegret Conrad*

## **Bedeutungswandel und Therapieerfolg**

**Was kontrollierten Effektivitätsstudien entgeht**

Die verstärkte Auseinandersetzung mit Effizienz- und Ökonomiefragen hat in der Psychotherapieforschung zur besonderen Gewichtung solcher Forschungsergebnisse geführt, die im Rahmen von Efficacy-Studien erzielt wurden. Ausgerichtet am Vorbild der pharmakologischen Wirksamkeitsforschung sollen diese zur Identifizierung von Behandlungsmaßnahmen führen, die im Hinblick auf bestimmte »psychische Störungen« besonders wirksam sind und damit der Gesundheitsversorgung zu mehr Effizienz verhelfen. So sehr Efficacy-Studien diese gesundheitspolitische Auswahlfunktion erfüllen mögen, sind sie dennoch seit Jahren Gegenstand heftiger Kontroversen. Positivistische Psychotherapieforschung ist nach Jaeggi nurmehr vergleichbar mit einem »Flimmern auf der Leinwand« (1994, S. 53), das nur schattenhaft spiegelt, was Therapeuten und Klienten in der Praxis erleben. Mit der Zeit hat sich die Zahl derer gemehrt, die von Psychotherapie ein anderes Bild zeichnen wolle als es die kontrollierte Effektivitätsforschung bis heute vermittelt. Andere Methoden werden gefordert, um ihre Wirkungen zu erforschen und andere Diskurse, um ihre wesentlichen Prozesse verständlich zu machen. Im Rahmen solcher Bestrebungen ist auch der vorliegende Beitrag anzusiedeln.

### **Kritik an »Labor-Wirksamkeitsnachweisen«**

Der dominierende Zweig der Efficacy-Forschung lässt sich im Hinblick auf verschiedene Aspekte problematisieren. Die in der Literatur auffindbare Kritik konzentriert sich zum einen auf Fragen der externen oder ökologischen Validität. So wird bemängelt, dass die für Kontrollgruppendesigns geforderten methodischen Standards wie Randomisierung, Manualisierung und Ausschluss von Mehrfachdiagnosen nicht der Psychotherapie ent-

sprechen, wie sie üblicherweise im Feld abläuft. Um die Frage der Praxisbewährung zu klären, müsse man sich daher anderen Methoden zuwenden (vgl. Auckenthaler, 2000; Hermer, 2000; Neue Gesellschaft für Psychologie, 2000).<sup>1</sup>

Einen weiteren Angriffspunkt für kritische Stellungnahmen liefert die bei Therapieforschern häufig anzutreffende Orientierung am Modell der pharmakologischen Forschung. Die dort entlehnte Ansicht von Psychotherapie als »Behandlung von Störungen« und der Fokus auf »Symptomreduktion« vernachlässigten den biographischen und sozialen Hintergrund des Klienten sowie den subjektiven Bedeutungsgehalt psychischer Störungen. Auch die in Therapien stattfindende Interaktion mit der dabei unerlässlich aktiven Rolle der Klienten sowie der Stellenwert der Interaktionspartner als Personen gerate dabei aus dem Blickfeld. Und das, obwohl gerade auch empirische Befunde nahe legten, dass Merkmalen der therapeutischen Beziehung gegenüber spezifischen Techniken als Einflussfaktoren auf das Therapieergebnis die größere Bedeutung zukomme (vgl. Auckenthaler, 1997; Hubble et al., 1999). Schließlich wurde auch die Vorstellung, Psychotherapie ließe sich durch unidirektionale Kausalzusammenhänge, als »Dosis-Wirkungs-Relation« oder geschlossenes, von außertherapeutischen Faktoren unabhängiges System abbilden, als reduktionistisch charakterisiert (vgl. Kühnlein & Mutz, 1997; Jaeggi, 1994; Russell, 1994).

Diese Einwände lassen sich durch eine Kritik auf der Basis sozialkonstruktionistischer Annahmen (vgl. Burr, 1998; Gergen, 1994,1999) ergänzen. Diese setzt dort an, wo sich positivistische Forschung lange unverwundbar wägte, nämlich bei den epistemologischen Prämissen des experimentellen Forschungsparadigmas.

## Modernistische Forschungsprämissen und ihre Problematik

Kennzeichnend für die modernistische Forschung ist die wesentliche epistemologische Vorannahme, dass es eine von unserer Wahrnehmung unabhängige bestehende Realität gibt, und dass diese am akkuratesten durch die Wissenschaft beschrieben werden kann. Nur der Erkenntnisgewinn mit Hilfe wissenschaftlicher Methoden verspricht demnach, ein von subjek-

tiven Einflüssen bereinigtes, ›objektives‹ Bild der Welt zu liefern. Das modernistische Forschungsinteresse richtet sich dabei auf den jeweiligen ›Kern der Dinge‹, also die Strukturen, die einem Explanandum zugrunde liegen. Dieser Essenzialismus ist in der heutigen Psychologie unter anderem dort zu finden, wo es um die Forschung zu kognitiven Schemata, oder psychischen Störungen geht, sowie in der unermüdlichen Suche nach biologischen Korrelaten psychischer Phänomene, in der die Hoffnung mitschwingt, mentale Prozesse einer ›objektiven‹ Betrachtung vollends zugänglich machen zu können.

Den hier skizzierten Leitprinzipien des *Realismus*, *Objektivismus* und *Essenzialismus* ist auch die methodische Konzeption von Efficacy-Studien verpflichtet. Durch das quantitativ-experimentelle Design mit statistischem Gruppenvergleich, die Verwendung standardisierter Manuale und bewährter Messinstrumente sowie die Orientierung an geltenden Diagnosestandards wie DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association, 1994) und ICD-10 (International Classification of Diseases, World Health Organization, 1991) sollen Objektivität und Reliabilität gesichert werden (vgl. Baumann & Reinecker-Hecht, 1998; Kazdin, 1994). Kümmert man sich bei Efficacy-Studien auch weniger um den Aspekt der Übertragbarkeit auf reale Behandlungskontexte, so werden doch, was die interne Validität betrifft, keine Mühen gescheut, etwaigen Mängeln vorzubeugen. Die Orientierung an solchen Gütekriterien macht allerdings nur dann Sinn, wenn man voraussetzt, dass sich über die Welt prinzipiell ›wahre‹ Aussagen treffen lassen – eine Voraussetzung, die im Sozialkonstruktivismus jedoch nicht gegeben ist. Hier geht man ja nicht mehr von einer dualistischen Metaphysik aus, in der Erkenntnissubjekt und -objekt als voneinander unabhängig betrachtet werden; der Akt der Beobachtung, heißt es hier, verändert an sich immer schon das Beobachtete. Wissenschaft ist demzufolge nicht in der Lage Realität abzubilden, wohl aber durch ihre Beschreibungen und Erklärungen Realitäten zu schaffen. An diesem Punkt sind wissenschaftliche Ansätze letztlich nicht mehr danach zu beurteilen, inwieweit sich ihre Konzepte ›der Wahrheit‹ annähern, sondern ob sie sich für das menschliche Zusammenleben als pragmatisch erweisen.

Dem Objektivitätspostulat der Moderne schließt sich als Konsequenz ein *methodischer Positivismus* an, nämlich die »Auffassung, dass Wissenschaft und Wissenschaftlichkeit durch einen vorgegebenen einheitlichen Kanon von Methoden bestimmt und nicht vom Gegenstand und den durch ihn bedingten Problemstellungen her entwickelt werden müssen« (Fäh & Fischer, 1998, S. 30). In der Psychotherapieforschung findet dieses Prinzip in der einseitigen Konzentration auf Efficacy-Studien seine Entsprechung und rechtfertigt den Ausschluss anderer methodischer Zugänge, wenn es darum geht, Empfehlungen für die klinische Praxis auszusprechen. Dieser Primat der Methode ist so lange legitimierbar, wie die Gewinnung »objektiver« Erkenntnis, die ja im Experiment gewissermaßen vollendet werden soll, als prinzipielle Möglichkeit vorausgesetzt wird. Nimmt man hingegen an, diese Möglichkeit besteht nicht, so erscheint das Beharren auf experimentellen Zugangsweisen weniger zwingend. Aus sozialkonstruktivistischer Perspektive ist statt dessen eine Vielzahl unterschiedlicher Methoden willkommen, wobei sich der Fokus dieser Ansätze auf die – schließlich auch in der Psychotherapie stattfindende – Konstruktion von Wirklichkeit richtet. Da diese überwiegend auf sprachlicher Ebene angesiedelt ist, kommt verbalen Daten und damit qualitativen Verfahren große Bedeutung zu.

Wissenschaftler, die sich an Realismus und Objektivismus orientieren, beanspruchen für sich einen *privilegierten Zugang zur Wirklichkeit*: aufgrund ihrer methodischen Ausbildung seien sie besser als andere in der Lage, Erklärungen über Welt und Menschen abzugeben. Der hieraus resultierende Ausschluss der »Laienperspektive« zeigt sich in Efficacy-Studien dort, wo die Kriterien für Therapieerfolg von Experten vorab definiert sind und Klienten bei der Beurteilung allenfalls dahingehend einbezogen werden, dass sie im Rahmen fester, wiederum durch Experten entwickelter Antwortvorgaben »ihr Kreuzchen machen« sollen. Freie Selbstberichte von Klienten aber, insbesondere wenn sie retrospektiv erfolgen, gelten als »unreliabel« und »nicht-objektiv« und werden damit zurückgewiesen: »It is particularly desirable that researchers not rely solely on self-report« (Chambless & Hollon, 1998, S. 9). Wenn nun aber die Möglichkeit objektiver Erkenntnis ausgeschlossen werden kann, wie ist dann der wissen-

schaftliche Anspruch auf Erklärungsautorität zu rechtfertigen? Mit dem Verweis auf intersubjektive Wirklichkeitskonstruktion erscheint die ›rationale‹ Argumentation eines Wissenschaftlers eher als rhetorische Leistung: Er bedient sich bestimmter Sprachrepertoires, die in der jeweiligen Forscher-Community gebräuchlich sind und von denen abhängt, ob er dort soziale Anerkennung erlangt. Eine sozialkonstruktionistisch ausgerichtete Therapieforschung wird sich deshalb nicht damit begnügen, ihren Gegenstand allein auf der Basis von so genannten »Expertenwissen« zu erschließen, sondern will diejenigen zu Wort kommen lassen, die unmittelbar ins psychotherapeutische Geschehen involviert sind. Das hieße etwa, Klienten aus dem ihnen zugewiesenen passiven Objektstatus zu entlassen und sie – als Experten ihrer eigenen Erfahrung – selbst zu befragen.

Mit dem Realismus der modernistischen Tradition ist die Vorstellung verbunden, dass Sprache die Funktion habe, gewonnene Erkenntnis nach außen zu vermitteln. Jedes Wort bezieht sich demnach auf eine außersprachliche Gegebenheit und erhält durch eben diesen Wirklichkeitsbezug seine Bedeutung. Die Verfügbarkeit von mittlerweile 286 diagnostischen Kategorien im DSM-IV gegenüber 66 in der ersten Ausgabe ließe sich entsprechend darauf zurückführen, dass es Fachleuten über die Jahre gelungen ist, so viele verschiedene Arten psychischer Störungen zu identifizieren. Dies ist aus modernistischer Sicht als zunehmend differenzierte Erfassung ›realer Gegebenheiten‹ anzusehen und damit zu begrüßen. So erscheint es auch logisch, dass Efficacy-Studien nach den Kriterien der American Psychological Association störungsspezifisch auszurichten sind, dass zu diesem Zweck Personen nach den Regeln pathologischer Klassifikation zu einer ›homogenen‹ Gruppe erklärt werden und sich die Messinstrumente zur Erfassung der Therapieeffekte auf ›störungsspezifische Symptome‹ beziehen. Seit den Arbeiten des Sprachforschers Ferdinand de Saussure und deren Weiterentwicklung durch Jacques Derrida, bestehen allerdings weitreichende Bedenken im Hinblick auf die *Abbildtheorie der Sprache*. Seine Bedeutung gewinnt ein sprachlicher Ausdruck de Saussure zufolge nicht durch die Verknüpfung mit einem realen Gegenstand, sondern nur durch die Differenzierung von anderen Sprachzeichen. Sprache wird hier ›entsubstanzialisiert‹ und beschrieben als eine in sich selbst logische systemische

Struktur (Strukturalismus) beziehungsweise als geschlossenes Netz von Bedeutungsbezügen, in dem jedes Konzept nur über andere von ihm verschiedene Konzepte und Kategorien definiert werden kann. Derrida unterstellt dieser Struktur zusätzlich eine unendliche Dynamik, das heißt, Bedeutungen unterliegen einem ständigen Wandel und bleiben so stets anfechtbar (vgl. Vaassen, 1996). Sprache kann deshalb nicht über eine naturgegebene Ordnung der Dinge Aufschluss geben, sondern höchstens über die Art und Weise, in der wir unsere Welt deuten wollen. Sie bildet Wirklichkeit nicht einfach ab, sondern ist Mittel zu ihrer Konstruktion. Damit gewinnt sie Bedeutung als soziale Handlung und verliert etwas von ihrer Unschuld, liegt in ihr doch das Potential, bestimmte Verhältnisse herzustellen. Kommen wir auf den in der klinischen Psychologie wie auch in der Therapieforschung selbstverständlichen Gebrauch von Störungsbegriffen zurück, lassen sich mit dem hier vorgeschlagenen pragmatischen Verständnis von Sprache folgende Fragen stellen: Inwiefern und wo sind Störungskategorien in unserem Kulturkreis nützlich? Welche Realitäten schaffen sie, welche verhindern sie? Wer profitiert davon? Welche Nachteile bringen sie?

Ein umfassendes Modell zur Klärung dieser Fragen hat Gergen vorgeschlagen (vgl. *The Cultural Consequences of Deficit Discourse* in Gergen, 1994): Die ständige Expansion psychologischen Defizitvokabulars führt darin zu Formen kultureller Schwächung (*cultural enfeeblement*), wozu unter anderem die Entstehung und Aufrechterhaltung sozialer Hierarchien und die Aushöhlung gemeinschaftlicher Fürsorge durch Delegation an Experten zählen. Abgesehen davon werden Störungsbegriffe für Personen, denen man sie zuordnet, auch oft zu einem unüberwindbaren Stigma, das es erschwert, ernst genommen zu werden und soziale Kontakte zu knüpfen. Ist in pathologischen Klassifikationssystemen überhaupt ein Vorteil zu sehen, dann die Möglichkeit, auf ihrer Grundlage Entscheidungen herbeizuführen – etwa ob die Kosten für eine Psychotherapie von der Krankenkasse übernommen werden oder ob eine Person wegen eines gesetzlichen Vergehens als schuldig befunden wird. Hier wird deutlich, wie sehr gesellschaftliche Weichenstellungen von kategorialen Festlegungen auf sprachlicher Ebene abhängig sind. Besonders in Zeiten knapper Kas-

sen, wenn die Entscheidungskriterien über Anspruch auf Kostenerstattung strenger ausfallen und die Identifikation effizienter Behandlungsmöglichkeiten zunehmend an Relevanz gewinnt, ist der Rückgriff auf die Diskurse einer ›rationalen‹ und ›exakten‹ Wissenschaft ein vielfach eingeschlagener Weg. So wundert es wenig, dass die eindeutigen Zahlenstatistiken der Efficacy-Forschung trotz ihrer Umstrittenheit in der psychologischen Fachwelt in den letzten Jahren als Grundlage für gesundheitspolitische Beschlüsse bevorzugt wurden.

Die Erkenntnismethoden der modernen Wissenschaft sollen gewährleisten, dass Forschungsergebnisse von subjektiver Wahrnehmung und spezifischen Interessenlagen unbeeinflusst sind. Es geht um die Wahrheit, die ›in den Dingen‹ liegt, unabhängig davon, ob diese den Forschenden im Einzelnen zusagt oder was für Konsequenzen sie nach sich zieht. Die hier angesprochene Prämisse betrifft die *Wertneutralität wissenschaftlicher Befunde*, wonach mit wissenschaftlichen Methoden gewonnene Erkenntnis von ethischer Beurteilung freigestellt sein soll und Verantwortlichkeit und Wertsetzungen erst dann ins Spiel kommen, wenn diese Erkenntnis in der Folge zu bestimmten Zwecken genutzt oder auch missbraucht wird (vgl. Breuer, 1991). Mit der im Sozialkonstruktivismus behaupteten Unmöglichkeit objektive Fakten zu gewinnen muss jedoch anerkannt werden, dass jede noch so um Systematik und Distanziertheit bemühte Beobachterposition zwangsläufig von bestimmten Überzeugungen und Ideologien durchsetzt ist. Aufgrund dieser Verquickung von Wissens- und Wertfragen, die mit der Aufhebung der Dichotomie von Erkenntnissubjekt und -objekt notwendigerweise einhergeht, fordert die sozialkonstruktivistische Orientierung Forscher dazu auf, die von ihnen eingebrachten Wertsetzungen zu reflektieren und explizit darzulegen. Dazu gehört auch, die Verantwortung für die aus der eigenen Arbeit erwachsenden Effekte anzuerkennen und sich gegebenenfalls bewusst für die eine oder andere Richtung einzusetzen. Wenn man Efficacy-Studien durchführt, um die Wirkungen psychotherapeutischer Verfahren zu evaluieren, bedeutet das also nicht, sich in einem wertfreien Raum methodischer Selbstverständlichkeiten zu bewegen, sondern mit Einschlagen dieser Forschungsrichtung hat man bereits eine Reihe von Wahlen getroffen.

## Die Therapiekonzeption der Efficacy-Forschung

Modernistische Prämissen prägen nicht nur die Methodik von Efficacy-Studien, sondern auch die ihnen zugrundeliegende *Konzeption therapeutischer Prozesse*. Die Vorstellung von Psychotherapie als ›Anwendung von Grundlagenforschung‹, die sich etwa dort manifestiert, wo standardisierte Therapiemanuale als wissenschaftlich entwickelte Handlungsvorschriften zum Einsatz kommen, kann so als Bekenntnis zur großen Erzählung vom wissenschaftlichen Fortschritt gedeutet werden. Eng verbunden mit dem Fortschrittsgedanken ist der Glaube an die überlegene Erkenntnisfähigkeit der Wissenschaft, die sich wiederum aus der Voraussetzung der ›objektiv‹ zugänglichen Wirklichkeit ableitet. Psychotherapie wird hier, modelliert nach dem medizinischen Vorbild, als Behandlung dargestellt, bei der ein Therapeut durch den Einsatz spezifischer Interventionen gegen ›Symptome einer Störung‹ vorgeht. Seine Expertise steht dabei der ›dysfunktionalen Einheit‹ des Klienten gegenüber, der selbst nichts zum Geschehen beiträgt.

Im Sozialkonstruktivismus, der Prinzipien wie Realismus und Objektivismus aufgibt und statt dessen dem konstruktiven Charakter von Sprache besondere Bedeutung zumisst, kann Psychotherapie ganz anders konzipiert werden. Das medizinische Modell der ›Störungsbehandlung‹ wird hier zugunsten eines Konzepts aufgegeben, in welchem Psychotherapie vor allem durch die Transformation und Entwicklung von Bedeutungen charakterisiert ist. Therapie stellt danach einen Prozess diskursiver Konstruktion dar, in welchem durch das Gespräch über ein Problem oder dessen Lösung Vorstellungen und Erzählungen von Selbst und Beziehungen, von Vergangenheit und Zukunft verändert werden. Kennzeichnend für diese Sichtweise von Therapie ist die aktive Beteiligung *aller* Gesprächspartner, denn Bedeutung lässt sich nicht verabreichen wie ein Medikament oder anwenden wie eine Technik, sie wird immer ausgehandelt und gemeinsam gestaltet. Therapeut und Klient werden hier als Gemeinschaft gesehen, in welche beide interpretative Ressourcen einbringen, um zusammen, als ›Ko-Konstrukteure‹, Sinn zu erzeugen (vgl. Gergen, 1994, 1999; McNamee & Gergen, 1992).

Wird vorausgesetzt, Psychotherapie sei nichts anderes als die professionelle Behandlung psychischer Störungen, so geht man davon aus, dass sich die Heilwirkung hier wie im medizinischen Bereich in der Herbeiführung eines symptomfreien Zustands manifestiert. Den Ertrag einer Therapie allein am Ausmaß der gemessenen ›Symptomreduktion‹<sup>2</sup> festzumachen, ist heute allerdings kein verpflichtender Standard. Vermehrt regen inzwischen auch Vertreter der Efficacy-Methodik dazu an, verschiedene Messverfahren zu verwenden, in denen nicht nur Störungsanzeichen, sondern auch Indikatoren für das so genannten ›generelle Funktionieren‹ (gemeint sind alltagsrelevante Fähigkeiten wie zum Beispiel seiner Arbeit nachzugehen oder sich ins soziale Leben einzubringen) von Klienten abgefragt werden. In solchen Postulaten mag, wer will, ein vorsichtiges Zugeständnis erkennen, dass die einfachste Art der Messung vielleicht doch nicht immer die sinnvollste ist. Aber auch wenn der Begriff des Therapieerfolgs hier eine Erweiterung erfährt, indem der Nachweis gesundheitsnormativer Verhaltensweisen oder selten auch der Grad, in dem individuelle Therapieziele erreicht wurden, miteinbezogen werden, so bleiben doch zwei wesentliche Aspekte dabei bedenklich: Zum einen die Konzeption psychischer Gestörttheit als ›individuelles Defizit‹, die suggeriert, dass psychische Störungen unabhängig von biographischen Sinnzusammenhängen und sozialen Einbindungen in der einzelnen Person entstehen, wo sie dann beseitigt werden können wie ein überflüssiges Anhängsel. Zum anderen bleibt die abbildtheoretische Auffassung von Sprache und deren Diktat, die interessierenden Daten der Klienten in die empiristische Grundsprache des Forschers zu überführen. Mit der Beschränkung, Klientenäußerungen ausschließlich durch den vorgeschalteten Kategorienfilter standardisierter Selbsteinschätzungsmaße zu erfassen, beraubt sich die Therapieforschung der Möglichkeit, in der Berichterstattung der Klienten mehr zu entdecken als ihre eigenen abstrakten Theorien.

### Das Therapieoutcome als Produkt narrativer Konstruktion

Diese theoretischen Überlegungen bildeten den Ausgangspunkt für eine Interviewstudie (Conrad, 2003), deren Zielstellung es war, unter sozial-

konstruktionistischen Forschungsprämissen ein Konzept von Therapieerfolg zu entwickeln, das im Unterschied zu gängigen Wirksamkeitskriterien subjektive Bedeutungen beziehungsweise Selbst- und Welterzählungen und deren Veränderung mit einschließt. Betrachtet man Psychotherapie als einen Prozess, in dem Bedeutungszusammenhänge neu konstruiert werden, dann liegt das anzustrebende Ergebnis einer Therapie in dem Befund, dass ein Klient seine Erfahrungen durch diese Bedeutungstransformation so neu zu begreifen lernt, dass er sein Leben auf befriedigende Weise umgestalten kann. Einerseits wäre hier der Konstruktionsprozess untersuchenswert, der im Rahmen einer Therapie (oder auch außerhalb) dazu führt, dass sich für Klienten neuer Sinn ergibt; andererseits könnte man der Frage nachgehen, wie die in der Therapie neu erzeugten Bedeutungen in den Alltag und die Beziehungen eines Klienten fortwirken.

In seinem Beitrag *When Relationships Generate Realities: Therapeutic Communication Reconsidered* schlägt Gergen (Online-Publikation) vor, die Frage der Wirksamkeit von Therapien unter der Prämisse eines relationalen Selbst neu zu stellen.<sup>3</sup> Nach Verabschiedung der individuellen Psyche als Konzentrationspunkt von Gestörtheit oder Problematik könne man schwerlich an der Annahme festhalten, durch Therapien werde eben diese verändert, wie ein defektes Gerät repariert wird, das anschließend in allen anderen Zusammenhängen einwandfrei funktioniert. Deshalb plädiert Gergen dafür, die Effektivität einer Therapie, statt wie bisher an gemessenen Veränderungen ›psychischer Zustände‹ nun an der Übertragbarkeit der in der therapeutischen Dyade generierten Bedeutungen in den Alltag des Klienten festzumachen:

»The major question is whether the client can ›walk the talk‹, whether the metaphors, narratives, deconstructions, reframings, multiple selves, expressive skills and so on developed within the therapeutic encounter can be carried into other relations in such a way that these relations are usefully transformed. [...] More effective demonstrations of the ways in which the therapeutic conversations or discourses actually insinuate themselves into the life worlds of clients would be very useful« (ebd., S. 8).

In der hier beschriebenen Studie ging es zunächst einmal um die allgemeinere Frage, wie und mit welchen konkreten Erfahrungen Klienten ihre Einschätzung begründen, dass ihre Therapie ein Erfolg war. Psychologen und Ärzte haben in der Effektivitätsforschung bisher von ›Symptomreduktion‹, ›generellem Funktionieren‹ und ›individueller Zielerreichung‹ gesprochen – Wovon sprechen Klienten? Darüber hinaus galt es zu klären, inwiefern sich die sozialkonstruktionistische Konzeption von Psychotherapie als *Transformation von Bedeutungen* in diesem Zusammenhang als fruchtbar erweist.

Als Datenmaterial dienten problemzentrierte Interviews (Witzel, 1985) mit Klienten ambulanter Einzeltherapien, die ihre Psychotherapie selbst als ›erfolgreich‹ beziehungsweise ›wirksam‹ beurteilten. Die Erhebung und Auswertung der Interviewdaten erfolgte im Hinblick auf folgende Forschungsfragen: 1.) *Wurden im Rahmen der Therapie neue Bedeutungen, Erzählungen, Konstruktionen generiert, und wenn ja, welche?* (etwa bzgl. Selbst, Beziehungen, Vergangenheit). 2.) *Welche Rolle spielen diese neuen Bedeutungen im Alltag der Klienten?* Inwiefern haben sie in das Leben außerhalb der Therapie Eingang gefunden und dort etwas bewirkt? 3.) *Wie gehen die Klienten mit dem therapeutischen Deutungsangebot um?* Gergen richtet den Vorwurf an traditionelle Therapien, sie verfolgten die hegemoniale Verbreitung ihrer schulenspezifischen Narrationen als ›die eine Wahrheit‹ (vgl. Gergen, 1999). – In welchem Ausmaß fließen solche therapeutischen Erzählungen in die Wirklichkeitskonstruktion von Klienten ein? Haben die in der Therapie gebotenen Sichtweisen für Klienten den Status absoluter Wahrheiten oder werden sie, entsprechend der Vorstellung von einem ›postmodernen Selbst‹, eher flexibel genutzt?

## Interviewpartner

Grundlage der Auswertung waren vollständige Transkripte der Interviews mit vier Frauen und einem Mann, die über ambulante Einzelpsychotherapien berichteten. Alle Therapien wurden zufälligerweise von Frauen und ohne pharmakologische Zusatzbehandlung durchgeführt. Abgesehen von diesen Gemeinsamkeiten fielen die Therapieerfahrungen (bzgl. Verfahren, Dauer, Anlass) im Einzelnen sehr unterschiedlich aus.<sup>4</sup>

## Ergebnisse der Analyse

Muss hier auch aus Platzgründen auf eine detaillierte Ergebnisdarstellung verzichtet werden, so sollen die Äußerungen der Klienten doch wenigstens exemplarisch zur Geltung kommen. Dazu werde ich im Folgenden die Kernkategorie *Bedeutungswandel* herausgreifen und sie in ihren von den Klienten zur Sprache gebrachten Variationen veranschaulichen.

## Bedeutungswandel in der Psychotherapie

Die Analyse nach den Regeln der Grounded-Theory-Methodik (Strauss, 1998; Strauss & Corbin, 1995) ergab, dass alle Klienten im Laufe der Therapie bestimmten Erfahrungen (Begebenheiten, Gefühlen, ›Symptomen‹) neue Bedeutungen verliehen bzw. Vorstellungen und Wertsetzungen verändert hatten, die mit ihrer ursprünglichen Ausgangsproblematik in engem Zusammenhang standen. Dieses Phänomen bezeichne ich im Folgenden als *Bedeutungswandel*. An diesem Vorgang, der in die Konstitution eines alternativen Selbst- und Weltverständnisses münden kann, sind Therapeuten und Klienten gleichermaßen beteiligt. Im Datenmaterial wurde ein Bedeutungswandel immer dann konstatiert, wenn die Klienten in Bezug auf ihre Psychotherapie von veränderten Denkrichtungen oder Sichtweisen berichteten.

*Einsichten, Selbsterkenntnis, Bewusstsein:* Einige Klienten erzählten zunächst in einer sehr allgemeinen Form von Erkenntnissen und Einsichten aus der Therapie. Sie sagten, dass sie neue Perspektiven gewonnen oder ihr Bewusstsein im Hinblick auf bestimmte Dinge erweitert hätten. Solche Andeutungen einer veränderten Vorstellungswelt bildeten während des Interviews den Ausgangspunkt für weitere Sondierungen:

Sabine O.: »Und sie [die Therapeutin; Anm. A.C.] hat mir ümmer wieder neue Einblicke verschafft, also mit dem was sie gesagt hat. Sie konnte ümmer zu allem Stellung beziehen und sie konnte mir auch ümmer wieder andere Seiten zeigen« (2, Z. 60–62).<sup>5</sup>

*Erklärungen für Problematik:* Erklärungen dafür zu finden, warum man mit bestimmten Dingen im Leben Probleme bekommen hat, wieso ›Symptome‹ aufgetreten sind oder man in unangenehmer Weise auffällig geworden ist, dies für sich und auch andere nachvollziehbar zu machen, kann als ein Hauptanliegen von Therapieklienten gelten. Es geht hier darum, die erlebte psychische Problematik so in die eigene Biographie einzugliedern, dass eine Selbsterzählung ohne elementare Brüche daraus hervorgeht. Biographische Kontinuität meint in diesem Zusammenhang aber keine gleichförmige Lebenslinie, sondern die Rekonstruktion einer persönlichen Geschichte, in der sehr unterschiedliche und sogar widersprüchliche Aspekte sinnhaft miteinander verknüpft sind (vgl. Kühnlein, 2002). Bei der durch gefundene Erklärungen möglich gewordenen Neu-Interpretation des eigenen Lebens spielen enge Bezugspersonen oft eine wichtige Rolle:

Mareike P.: »Aber das war wahrscheinlich dann auch wieder der Sinn der ganzen Therapie mit, dass ich das überhaupt dann auch erstma gesehn hab, warum die Dinge überhaupt so waren wie sie waren [...] meinen Eltern hatt ich'n sehr kleinen Platz eingeräumt und sie waren eing'lich der größte Platz in allem« (4, Z. 629–640).

*Selbstbild und Beziehungen:* Die Weise, in der man sich selbst sieht, beschreibt und mitteilt, kann in Therapien in ganz unterschiedlichem Maße verändert werden. Die Klienten haben auf den Punkt gebracht, wer sie waren und wer sie vielleicht sein könnten. Sie haben festgestellt, welche Rolle sie in ihrem sozialen Umfeld spielen, haben unliebsame Selbstaspekte akzeptiert und positive Seiten an sich entdeckt oder ganz einfach gelernt, sich selbst mit ihren Gefühlen und Bedürfnissen überhaupt wahrzunehmen. Dabei wird immer wieder deutlich, wie sehr Selbst und Beziehungen miteinander verwoben sind:

Sabine O.: »Ach, ick hab entsetzlich viel gelernt bei ihr [der Therapeutin; Anm. A.C.]. Ick hab mich früher ümmer so den jewaltbereiten Männern verschrieben weil ick dachte ick könnte für mich den Schutz nich übernehmen. Aber ick kann sehr wohl den Schutz für mich und für andere übernehmen. Also ick hab gelernt dass

ick'ne mächtige starke Seele bin. Und jetzt verlieb ick mich in Männer die sanft sind und und liebevoll und mir ähneln. Ick brauch jetzt nich mehr den Jegensatz« (2, Z. 1405–1417).

*Leitsätze:* Mitunter sind neue Bedeutungen für Klienten so wesentlich, dass sie Leitsatzcharakter gewinnen. Sie tauchen im Interview immer wieder auf und erscheinen wie prägnante Formeln, die im alltäglichen Denken und Handeln als Orientierungshilfe oder Beurteilungsmaßstab herangezogen werden. Für Constanze L. war es zum Beispiel wichtig zu erkennen, dass »jeder seinen Weg geht«:

»Also ich muss immer gut aufpassen im Moment noch, dass ich nich mit irgendwelchen Trägern in Verbindung komme oder mit zuviel Menschen Kontakt aufnehm oder mich in irgendeine großen Gruppierungen bewege, weil das einfach 'ne Überforderung gerade is. Und das hilft mir oder da hab ich schon gelernt zu sagen, nee egal wie jetzt das Umfeld sich darauf einstellt, es is jetzt gerade mein Weg. [...] Und auch im Bezug auf andere Menschen bin ich viel toleranter geworden« (5, Z. 397–412).

»Und ich glaube, ich hab lernen müssen und gelernt, dass jeder seinen Platz hat und jeder seinen Weg so geht, wie es für ihn richtig is« (5, Z. 438–440).

*Neubewertung:* Wenn Klienten während der Therapie dazu kommen, ihre gewohnte Perspektive auf sich und die Welt zu hinterfragen und eine neue einzunehmen, verändern sich in ihren Selbsterzählungen nicht nur inhaltliche Zusammenhänge (zunächst unabhängig scheinende Fakten können beispielsweise zu Ursache und Folge verknüpft werden). Auch der Wert, den man bestimmten Dingen zuschreibt, kann sich im Zuge eines Perspektivenwechsels umkehren. So hält Hannah T. heute, anders als früher, nicht mehr allzu viel davon, sich bei Entscheidungen Rat zu holen:

»Also ich glaub eher dass ich das gut fand oder immer noch gut finde, dass ich Dinge mit mir selber ausmachen muss [...] Und dass dieses sich Rat holen oder von jemand anders irgendwie Rat wol-

len oft auch dass man da Verantwortung für ne Entscheidung letztendlich abgeben möchte [...] Und dass ich glaub ich da zum Teil auch nich so ganz bei mir selber war oder nich mich wirklich hingesetzt hab und mir Zeit genommen was zu überlegen, was ich denn will« (1, Z. 468-487).

*Relativierung von Wahrheit und Moral:* Eine sehr essenzielle Form von Bedeutungswandel, weil sie nicht nur mit konkreten Inhalten zu tun hat, sondern gewissermaßen eine Metaebene tangiert, betrifft die Relativität von Bedeutungen an sich bzw. die Erkenntnis, dass Wahrheit und Werte keinem absoluten Maßstab unterliegen können. Für die Klienten, bei denen infolge der Therapie eine solche Umbesinnung zu entdecken war, hatte dies entscheidende Konsequenzen. Alexander C. ist davon abgekommen, sich an der imaginären Messlatte des »einen richtigen Handelns« zu orientieren:

»Es gibt ja keine Wahrheit. Ich hab immer früher gedacht, ich müste alles richtig machen. Das gibt's aber eing'lich nich. Es gibt keine Wahrheit in dem Sinne. [...] Also ich glaub, ich hab für mich gelernt dass es nichts Richtig und nichts Falsches gibt, sondern das was man selber macht, und dazu müsste man bloß stehen« (3, Z. 1017-1045).

Sabine O. ist in der Therapie ihren »*Schuldkomplex*« losgeworden. Sie hat für sich gelernt, dass der Fingerzeig auf Moral und Schande Funktionen sind, um andere für etwas zu bestrafen, was man selbst gern tun würde (vgl. 2, Z. 565-567). Die absolute Gerichtsbarkeit, die in ihrer früheren Vorstellungswelt über ihr schwebte und ihr Leben beschattete, hat sich als Luftblase erwiesen:

»Es is so wesentlich dieser ganze Schuldkomplex, weil der entscheidet über'n glücklichet Leben oder über'n unglücklichet Leben. Ick halte den für die wichtigste Frage überhaupt. [...] Damit lassen sich Leute knebeln. Damit lassen sich Leute in unglücklichen Beziehungen festhalten. Damit lassen sich Leute Versicherungen verkoofen, undsoweiter undsoweiter. Allet uff der Schuld und schlech-

ten Jewissensfrage. Und ick bin der Meinung so wie ick jetz bin und so glücklich wie ick jetz bin [...] sage, ick bin nur meenem eigenen Moral unterworfen. [...] ick bin nur meen eigenen Jesetzen unterworfen, und darum bin ick frei für's Leben. Und diese Schuldfrage, die isset janze Gegenteil. Und dit hab ick meener Therapeutin ooch zu verdanken« (2, Z. 582–613).

## Das theoretische Modell

Das auf der Grundlage der Interviewdaten entwickelte Prozessmodell geht davon aus, dass ein Bedeutungswandel auf unterschiedlichen Wegen herbeigeführt werden kann: direkt durch das therapeutische Vorgehen, also Maßnahmen wie gemeinsame Reflexion, Deutung oder Übungen, sowie indirekt über die erweiterte Reflexionskompetenz, die Klienten aus dem therapeutischen Vorgehen bereits gewonnen haben. Aspekte der therapeutischen Beziehungsgestaltung können insbesondere dann im Hinblick auf einen Bedeutungswandel wirksam werden, wenn sie mit früheren Beziehungserfahrungen eines Klienten im Widerspruch stehen (z. B. Empathie und Parteilichkeit der Therapeutin vs. frühere Ablehnungserfahrungen). Zusätzlich können auch extratherapeutische Erfahrungen die Entstehung neuer Bedeutungen auslösen oder begünstigen.

Sofern Klienten die neuen Bedeutungen für sich als passend akzeptiert und ausreichend verinnerlicht haben, tragen sie diese in ihren Alltag hinein. Dieser *Bedeutungstransfer* findet auf mehreren Ebenen statt: auf der gedanklichen Ebene als Sicherinnern, Wiedererkennen oder Generalisieren der neuen Deutungsmuster; auf der Handlungsebene als Neuorientierung der persönlichen Lebensführung, als kompetenter Umgang mit ehemals problematischen Situationen oder offizielle Neuerzählung des Selbst; und schließlich auf der sozialen Ebene als Durchbrechen gewohnter Beziehungsmuster. Bei diesen Integrationsbemühungen können Klienten in der Therapie wiederum gezielt unterstützt werden, zum Beispiel durch alltagspraktische Übungen oder emotionale Begleitung und Rückendeckung. Letztere ist vor allem dann entscheidend, wenn negative Reaktionen des sozialen Umfelds den Bedeutungstransfer behindern. Aus der gelungenen

Umsetzung der neuen Bedeutungen ergeben sich für die Klienten zumeist positiv bewertete Veränderungen, die die Qualität ihrer Beziehungen, ihr Lebensgefühl und das Vertrauen in eigene Handlungskompetenz betreffen. Auch der Bedeutungswandel *an sich* kann allerdings schon Konsequenzen nach sich ziehen, nämlich das emotionale Erleben beeinflussen, körperliche Symptomatik lindern oder die Therapiemotivation steigern.

## Diskussion

Mit dem Fokus auf Bedeutungsveränderung befindet sich das hier entwickelte Modell in Nachbarschaft verschiedener Ansätze, die die Relevanz sich wandelnder Bedeutungen für das Gelingen einer Psychotherapie herausgestellt haben. (vgl. etwa Kühnlein & Mutz, 1997; Kühnlein, 2002; Tschuschke & Czogalik, 1990). Dass meine Interviewpartner aus dem therapeutischen Deutungsangebot eine aktive Auswahl getroffen haben und sich selbst als Hauptagenten ihrer Therapie betrachten (Forschungsfrage 3), deckt sich mit Befunden einiger von Tallman & Bohart (1999) angeführter Studien, in denen Klienten ebenso wie hier »alles andere als passive Empfänger therapeutischer Weisheit« waren (Hubble et al., 1999, S. 105). Auch nach Kühnlein & Mutz (1997) wird das in der Therapie gebotene ›Deutungs- und Handlungswissen‹ nicht einfach übernommen, sondern in bereits bestehende biographische Konstruktionsmuster integriert. Anschlussfähig sind auch jene Einzelergebnisse, die zeigen, dass und wie extratherapeutische Einflüsse in den Veränderungsprozess hineinwirken. Während diese bei Miller et al. (1997) ausschließlich als positive Faktoren diskutiert werden, die sich im therapeutischen Prozess gezielt nutzen lassen, wird hier erkennbar, dass sich Einflüsse von außen durchaus auch *gegen* die während der Therapie angestrebten Veränderungen richten und somit den Therapieerfolg gefährden können.

Der Bedeutungswandel taucht in den Interviews überall dort auf, wo Klienten die eingetretenen Veränderungen in ihrem Leben mit der Wirkung ihrer Psychotherapie in Verbindung bringen. Ignoriert man dieses Phänomen, wie dies in kontrollierten Effektivitätsstudien gängig ist, bleiben die neuen Entwicklungen im Denken, Fühlen und Handeln der Klienten un-

durchsichtige Folge psychologischer Einflussnahme. Die Feststellung eines veränderten Bedeutungshorizontes, vor dem das eigene Leben für Klienten erst neu verstehbar und gestaltbar wird, schließt nicht nur die Lücke zwischen ›Therapieinput und -outcome‹, sondern lässt auch die störungsbezogene Konzeptualisierung von Psychotherapie und Therapieerfolg einmal mehr fragwürdig erscheinen. Als mit Bedeutungen untrennbar verwobenes Phänomen, so wie sie von den Interviewpartnern dargestellt wird, fällt psychische Problematik aus dem Rahmen isolierter Wesenseinheiten und rückt in den Kontext zwischenmenschlicher Kommunikation und Einflussnahme. Psychotherapie kann dementsprechend als Weg betrachtet werden, die mit psychischer Problematik einhergehenden Bedeutungen aufzuspüren, sie zu dekonstruieren und an deren Stelle die Entstehung solcher Bedeutungen zu fördern, die den Klienten befriedigendere Lebensmöglichkeiten eröffnen. Eine solche Vorstellung vom therapeutischem Geschehen dürfte nicht nur der Perspektive vieler Praktiker und deren Klienten näher kommen, sie ermöglicht auch andere Schwerpunktsetzungen und Fragestellungen in der Evaluationsforschung. Das durch biomedizinische Diskurse vereinnahmte Gebiet ist eingeladen, seinen Gegenstand neu zu entdecken.

## ► Anmerkungen

- 1 Eine feldnähere Lösung lieferte Seligman (1995) mit dem Projekt der *Consumer-Reports-Study*, einer umfassenden Fragebogenstudie zur Evaluation psychosozialer »Dienstleistungen«. Vor dem Hintergrund seiner Ergebnisse, die beträchtlich von aktuellen metaanalytischen Befunden abwichen, wurde die mangelnde Praxisrelevanz von Efficacy-Studien zunehmend beklagt und gefordert, sich Forschungsansätzen zuzuwenden, die den Realbedingungen psychotherapeutischer Versorgung Rechnung tragen. Solche *Effectiveness-Studien* haben aber bisher nicht Eingang in gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse gefunden.
- 2 Das Kriterium der Symptomreduktion will glauben machen, dass in der Therapie ein ursprünglicher störungsfreier Zustand wiederhergestellt wird. Anders als bei der Behandlung somatischer Krankheiten muss aber in der Psychotherapie berücksichtigt werden, dass Veränderung dort nicht so sehr die Rückkehr zu einem Ausgangspunkt gesunden Funktionierens, sondern vor allem persönliche *Weiterentwicklung* impliziert.

- 3 Das Selbst wird hier nicht mehr wie in der Moderne als kohärentes psychisches Funktionsprinzip betrachtet, das von innen heraus der Persönlichkeit Gestalt gibt, sondern als soziales bzw. narratives Konstrukt, das sich in Abhängigkeit der sozialen Beziehungen, in die eine Person eingebunden ist, wandelt und verwirklicht.
- 4 Die zum Einsatz gebrachten Verfahren umfassten klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, tiefen-psychologisch fundierte Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Körpertherapie und Verhaltenstherapie; die Therapiedauer lag zwischen 9 Monaten und 5 Jahren, und die genannten Gründe für deren Inanspruchnahme erstrecken sich vom »Nervenzusammenbruch« über »Schlafstörungen«, »Angustzustände« und »Waschwänge« bis zu schwerer Traumatisierung (die Begriffe sind den Äußerungen der Interviewpartner entnommen, vgl. Conrad, 2003).
- 5 Für die Darstellung Unwesentliches ist in den Zitaten weggelassen. Die Angaben in Klammern verweisen auf die Kennziffer des jeweiligen Interviews und entsprechende Zeilenangaben.

## ► Literatur

*Auckenthaler, Anna (1997).* Was bleibt von der Klinischen Psychologie? Medikalisierungstendenzen und ihre Folgen. In: *Journal für Psychologie*, 5 (3), S. 63–70.

*Auckenthaler, Anna (2000).* Labor-Wirksamkeitsnachweise als Grundlage versorgungspolitisch relevanter Empfehlungen? Anmerkungen zur Begutachtungspraxis des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie. In: *Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung*, 31 (1), S. 10–12.

*Baumann, Urs & Reinecker-Hecht, Christa (1998).* Methodik der klinisch-psychologischen Interventionsforschung. In: Urs Baumann & Meinrad Perrez (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie*. Göttingen: Hans Huber, S. 346–365.

*Breuer, Franz (1991).* *Wissenschaftstheorie für Psychologen. Eine Einführung*. Münster: Aschendorff.

*Burr, Vivien (1998).* *An Introduction to Social Constructionism*. London: Routledge.

*Chambless, Dianne L. & Hollon, Steve. D. (1998).* Defining Empirically Supported Therapies. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (1), S. 7–18.

*Conrad, Annegret (2003).* Von der Störungsbeseitigung zur Bedeutungskonstruktion. Erzählungen über Wirksamkeit in der Psychotherapie. Eine qualitative Studie. Diplomarbeit. (Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie an der Freien Universität Berlin).

*Fäh, Markus & Fischer, Gottfried (Hrsg.) (1998).* Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung. Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden. Gießen: Psychosozial-Verlag.

- Gergen, Kenneth J. (1999).* An Invitation to Social Construction. London/Thousand Oaks/New Delhi: Sage.
- Gergen, Kenneth J. (1994).* Realities and Relationships: Soundings in Social Construction. Cambridge, MA/London: Harvard University Press.
- Gergen, Kenneth J. (Online-Publikation).* When Relationships Generate Realities: Therapeutic Communication Reconsidered. <http://www.swarthmore.edu/socSci/kgergen1/web/page.phtml?st=home&cid=home> (Stand: 25.08.2002).
- Hermer, Matthias (2000).* Alte und neue Fragen nach hundert Jahren Psychotherapie. In: Matthias Hermer (Hrsg.), Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Hubble, Marc A., Duncan, Barry L. & Miller, Scott D. (1999).* The Heart and Soul of Change. What Works in Therapy. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Jaeggi, Eva (1994).* Das Flimmern auf der Leinwand: Psychotherapieforschung und Psychotherapie. Journal für Psychologie, 2 (1), S. 53–63.
- Kazdin, Alan E. (1994).* Methodology, Design, and Evaluation in Psychotherapy Research. In: Allen E. Bergin & Sol L. Garfield (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley, pp. 19–71.
- Kühnlein, Irene (2002).* Wie Psychotherapie verändert. Eine Langzeitstudie über Bedeutung und Auswirkungen psychotherapeutischer Behandlung im Lebensverlauf. Weinheim/München: Juventa.
- Kühnlein, Irene & Mutz, Gerd (1997).* Wirkt Psychotherapie wie ein Medikament? Thesen zu einer sozialwissenschaftlichen Fundierung der Psychotherapieforschung. In: Journal für Psychologie, 5 (1), S. 33–46.
- McNamee, Sheila & Gergen, Kenneth J. (Eds.) (1992).* Therapy as Social Construction. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Miller, Scott D., Duncan, Barry L. & Hubble, Marc A. (1997).* Jenseits von Babel. Wege zu einer gemeinsamen Sprache in der Psychotherapie. Stuttgart: Klett.
- Neue Gesellschaft für Psychologie (2000).* Stellungnahme der NGfP zur gutachtlichen Praxis des Wissenschaftlichen Beirates. In: Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung, 31 (1), S. 8–10.
- Russell, Robert L. (Ed.) (1994).* Reassessing Psychotherapy Research. New York: Guilford Press.
- Seligman, Martin E. P. (1995).* The Effectiveness of Psychotherapy. The Consumer Reports Study. In: American Psychologist, 50 (12), pp. 965–974.
- Strauss, Anselm L. (1998).* Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung. München: Fink.

*Strauss, Anselm L. & Corbin, Juliette (1995).* Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz.

*Tallman, Karen & Bohart, Arthur C. (1999).* Gemeinsamer Faktor Klientin: Selbst-Heilerin. In: Marc A. Hubble, Barry L. Duncan & Scott D. Miller (Hrsg.), So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Dortmund: Verlag modernes Lernen, S. 85-136.

*Tschuschke, Volker & Czogalik, Dietmar (Hrsg.) (1990).* Psychotherapie – Welche Effekte verändern? Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse. Berlin/Heidelberg: Springer.

*Vaassen, Bernd (1996).* Die narrative Gestalt(ung) der Wirklichkeit. Braunschweig/Wiesbaden: Vieweg.

*Witzel, Andreas (1985).* Das problemzentrierte Interview. In: Gerd H. Jüttemann (Hrsg.), Qualitative Forschung in der Psychologie. Weinheim: Beltz, S. 227-252.