

F. Caspar

Quantitative Psychotherapieprozeßforschung: Rolle, Beispiele und Beurteilung

Zusammenfassung In diesem Beitrag wird versucht, einigen immer wieder kolportierten, aber nichtsdestoweniger falschen Zerrbildern von Psychotherapieforschung entgegenzutreten. Einige robuste Ergebnisse aus der Forschung zum Zusammenhang zwischen Psychotherapie-Prozeß und -Ergebnis werden referiert. Die Forderung, daß Forschung nicht rein induktiv, sondern theoriegeleitet sein sollte, wird unterstützt, ebenso wie die Forderung, bei der Konzeptbildung die Schranken um einzelne Therapieschulen zu überwinden. Unter Hinweis auf die große Bedeutung quantitativer Prozeßforschung innerhalb der Psychotherapieforschung wird gefordert, die Methodenwahl weniger von Weltanschauungen, als von der Eignung für bestimmte Fragestellungen abhängen zu lassen. Daß quantitative Prozeßforschung naturalistisch sein und auch subtile Prozesse erfassen kann, wird mit einer Studie zur Intuition von Therapeuten illustriert. Weiter wird auf die Möglichkeit der Kombination von qualitativer und quantitativer Forschung hingewiesen. Dies wird mit einer Studie zum Widerstand in Psychotherapien illustriert.

Schlüsselwörter: Prozeßforschung, Psychotherapieforschung, quantitative Methoden, Intuition, Widerstand.

Quantitative process research in psychotherapy research

Abstract In this paper the author tries to argue against some frequently disseminated but nevertheless false caricatures of psychotherapy research. Some robust results from process-outcome research are summarized. The postulate that research should not be merely inductive but rather theory-guided is supported, as well as the postulate of overcoming the barriers around individual schools of psychotherapy when developing theoretical concepts further. Emphasizing the great present significance of quantitative process research within the domain of psychotherapy research, it is suggested to be guided in one's choice of research methods rather by their use in helping to answer the actual questions than by general philosophical attitudes or world view. By a study on therapists' intuition it is illustrated that quantitative process research can be naturalistic and suited to assess subtle processes. Furthermore, the possibility of combining qualitative and quantitative process research is emphasized and illustrated by a study on resistance in psychotherapy.

Keywords: Process research, psychotherapy research, quantitative methods, intuition, resistance.

L'étude quantitative des processus psychothérapeutiques: rôle, exemples et évaluation

Résumé Nombre de représentations caricaturales de la recherche en psychothérapie rôdent en fantômes autour de nous; or, on peut démontrer qu'elles n'ont que peu de rapport avec ce que sont les études sensées (actuelles ou plus anciennes) et – ce qui est encore plus important – qu'elles se posent en obstacle à l'élaboration d'une recherche adéquate au niveau de ses contenus comme de sa méthode. Le présent article tente de réfuter certaines conceptions erronées.

La recherche quantitative pratiquée jusqu'à maintenant a produit toute une série de résultats solides et pertinents par rapport à la pratique, en particulier lorsqu'elle a été combinée à une étude des résultats (des thérapies). Nous en présentons une synthèse. Mais la recherche ne doit pas être purement inductive; il faut comprendre ses résultats et les placer dans un plus large contexte. Pour ce faire, il faut disposer de concepts

théoriques qui doivent être continuellement développés plus avant, indépendamment des barrières séparant les écoles de thérapie.

Nous soulignons également que, dans le cadre de la recherche en psychothérapie, l'étude quantitative des processus joue un rôle particulièrement important, ne serait-ce que parce que c'est à ce sujet que le plus grand nombre d'articles sont publiés. D'autre part, actuellement, le choix d'une méthode se fonde trop souvent sur une idéologie au lieu de se faire en fonction de la manière dont elle convient à l'étude de certaines questions.

Les arguments contre la recherche quantitative se fondent souvent sur un préjugé selon lequel elle serait trop éloignée de la pratique et du cas individuel. Une étude qui s'est intéressée à l'intuition du thérapeute illustre le fait que l'étude quantitative de processus peut

tout à fait être naturaliste et apte à saisir certains aspects subtils. Nous signalons qu'il est possible de combiner qualitatif et quantitatif, illustrant cet aspect par l'exemple d'une étude qui s'est intéressée aux résistances en psychothérapie: celles-ci sont identifiées sur la base de l'analyse de cas individuels, mais les données acquises de cette manière sont ensuite traitées d'un point de vue quantitatif. Ceci permet d'effectuer des comparaisons qui ne seraient pas possibles avec une étude soit seulement qualitative, soit uniquement quantitative.

Une fonction importante de l'étude comparative des processus est que, puisqu'elle inclut une description post hoc des conditions de la thérapie, elle permet de porter moindre attention a priori à cet aspect, c'est-à-dire que la procédure peut se dérouler dans son contexte naturel, indépendamment des normes imposées par un manuel.

Un premier bilan montre que:

1. *La seule étude des processus fournit tout au plus des indications intéressantes quant à des cas indivi-*

duels, mais ne produit pas de résultats généralisables.

2. *L'étude des processus ne produit que rarement des données intéressantes si elle n'est pas associée – à un degré minime au moins – à une étude des résultats.*
3. *L'étude des processus peut rendre l'étude des résultats plus flexible et surtout libérer les participants de l'utilisation de manuels contraignants.*
4. *Il faudrait toujours associer étude des processus et étude des résultats.*
5. *Il est possible et dans de nombreux cas utile, de combiner recherche qualitative et quantitative pour étudier des processus.*
6. *L'étude des processus peut et doit fournir des impulsions directes à la pratique.*
7. *A chaque fois que vos préjugés et idéologies dictent pour une bonne part votre choix d'une méthode de recherche, vous rendez un bien mauvais service à tous: à vous-même, à l'avancement de notre savoir en matière de psychothérapie et finalement et surtout à nos patients.*

Das zentrale Anliegen meines Beitrages wird das Postulat sein, methodische Ansätze in Abhängigkeit von ihrer Eignung für bestimmte Fragestellungen und nicht in Abhängigkeit von weltanschaulich geprägten Vorannahmen zu wählen und zu gestalten. Wenn ich im Rahmen dieser Tagung die Rolle übernehme, mich mit quantitativer Prozeßforschung zu beschäftigen, so möchte ich dies nicht tun, ohne dabei auf die Bedeutung der Ergebnisforschung und der qualitativen Prozeßforschung auch in meiner eigenen Arbeit hinzuweisen. Unter anderem ist meine Dissertation (Caspar, 1984) ein Beispiel für eigene qualitative Prozeßforschung: es ging dort darum, auf der Basis individueller Fallkonzeptionen Therapieverläufe nachzuvollziehen und dabei gleichzeitig die plananalytische Methode der Fallkonzeption (Caspar, 1996) zu verfeinern. Ergebnisforschung habe ich u.a. in der Studie von Grawe, Caspar und Ambühl (1990) vorgelegt.

Dies ist übrigens eine Untersuchung, in der gezeigt wird, daß vieles, was über kontrollierte Studien und experimentelle Designs kolportiert wird, v.a. ein schlechtes Licht auf die methodischen Kenntnisse der Kolportierenden bzw. ihre Kenntnisse der Studien wirft, auf die sie sich angeblich beziehen. Die genannte Studie ist in vielerlei Hinsicht naturalistisch angelegt, hat aber trotzdem einen experimentellen Versuchsplan mit Randomisierung; sie illustriert, daß „kontrolliert“ nicht „mit unbehandelter oder Warte-Kontrollgruppe“ gleichzusetzen ist; es wurde eine Vielzahl von standardisierten und individualisierten Maßen erhoben, die weit über die Störung hinausgehen; Ergebnis- und Prozeßforschung wurden kombiniert; die Dauer der Therapien (im Durchschnitt knapp unter 40 Sitzungen) wurde durch Therapeuten und Patienten individuell bestimmt, das Vorgehen war nach Bedingungen klar unterscheidbar, aber nicht im engen Sinne manualisiert, die Therapeuten hatten also bis auf die zentralen Unterscheidungsmerkmale der Therapien freie Hand in

der Gestaltung der Therapien; das Klientel war heterogen zusammengesetzt, und meist lagen mehrere Probleme vor. Im übrigen liegen inzwischen für die 1990 beschriebenen Therapien (Verhaltens- und Gesprächspsychotherapien) Katamnesen mit einer Laufzeit von durchschnittlich über 10 Jahren vor, die stabile Effekte nicht nur im Bereich der Symptome, sondern auch z.B. der Kontrollüberzeugung und des Selbstbildes zeigen.

Es geht mir hier nicht darum, eine eigene Studie besonders hervorzuheben: Viele Psychotherapieforschungsstudien, die von einigen Autoren im Hinblick auf ihre klinische Bedeutsamkeit summarisch zur Makulatur erklärt werden, sind durchaus relevant. Der Umgang mit diesen Studien entlarvt – zumindest für diejenigen, die die sie kennen – eine Tendenziosität, der man nicht anheimfallen sollte, wenn man Psychotherapieforschung mit Neugier betreiben und sich nicht einfach beweisen will, was man ohnehin schon glaubt. Der Realität eine Chance geben, einen zu belehren, bedeutet auch, die richtigen Methoden zu wählen, und Voreingenommenheiten in jede Richtung erschweren dies. Das gilt sowohl für eine Ablehnung dessen, was „wissenschaftlich“ und damit angeblich automatisch praxisfern ist, als auch für eine falsch verstandene, rigide „Wissenschaftlichkeit“. In beiden Fällen werden unter Umständen gerade die Methoden ausgeschlossen, welche die vorliegenden Fragen überhaupt nur oder am besten beantworten könnten. Genauso falsch, wie die Hoffnung ist, über die relative Wirksamkeit eines Vorgehens ohne einen Versuchsplan mit Randomisierung wirklich etwas aussagen zu können (Caspar, 1997b), ist die Hoffnung, zu einem relativ unerforschten Gegenstand durch rigide hypothesentestende Forschung neue Erkenntnisse gewinnen zu können.

Zwei methodische Grundpositionen werden von Greenberg (1991) gegenübergestellt (Abb. 1).

Greenberg schreibt dazu: „Refute', the champion of the world of logical empiricism, shown above chasing a

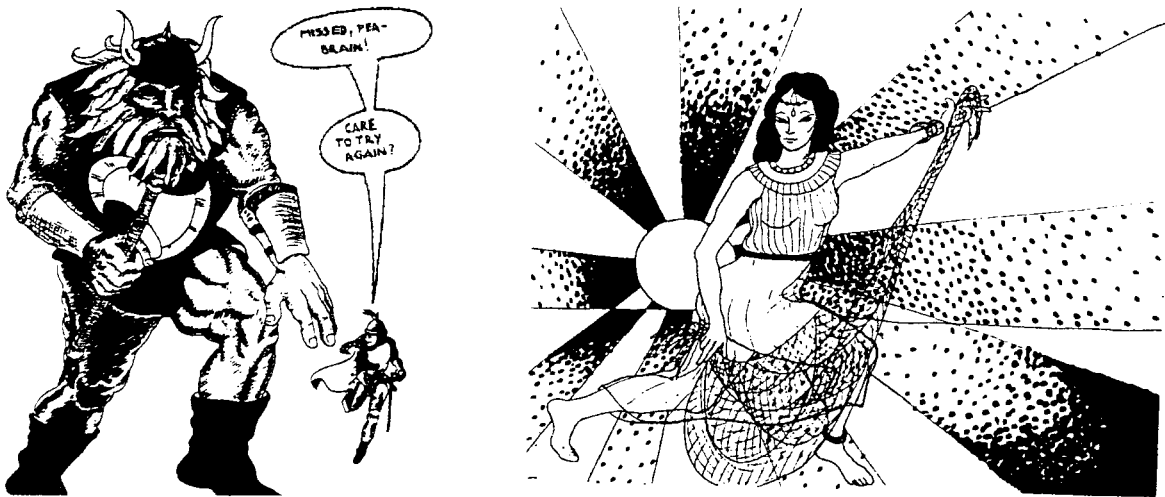


Abb. 1. Ironisierende Gegenüberstellung einer „brutalen“, mit der Axt des Signifikanztests arbeitenden quantitativen und einer edlen, entdeckungsorientierten Forschung durch den ehemaligen Präsidenten der Society for Psychotherapy Research, Leslie Greenberg (aus: Greenberg, 1991, p. 5)

disrespectful rival hypothesis, carries a sharp axe and uses empirical confrontations to subject everything in his way to the test of empirical jeopardy in order to establish ‚brute‘ facts. Only the fittest hypotheses can survive his axe and his sharp cut at the .05 level“ (Greenberg, 1991, p. 5). In dieser Weise ironisiert, könnte man über „Refute“ und „Discovery“ lächeln. Es handelt sich sicherlich um methodische Extrempositionen, die einem im Alltag aber auch in reiner Form immer wieder begegnen.

Dieser Vorspann erscheint mir nicht unangebracht, weil ich immer wieder Diskussionen erlebe, die aufgrund von Voreinstellungen eher von sinnvollen Forschungsprojekten weg- als dazu hinführen. Doch nun zur Prozeßforschung.

In der Geschichte der Psychotherapieforschung stand qualitative Prozeßforschung ganz am Anfang, verbunden natürlich vor allem mit dem Namen Sigmund Freuds. Aber auch quantitative Psychotherapieforschung setzte sehr früh ein, verbunden mit Namen wie Rogers, Truax, Carkhuff u.a. Wie sieht es in jüngerer Zeit aus? Hier eine Übersicht (Tabelle 1) mit einer groben Zuordnung von neueren Artikeln in klinisch-psychologischen bzw. psychotherapeutischen Zeitschriften, die nicht einer bestimmten Schule zuzuordnen sind (Psychotherapy Research, Journal of Psychotherapy Integration, Zeitschrift für Klinische Psychologie¹).

Es geht mir hier nicht um genaue Zahlen, sondern lediglich um einen Eindruck, welcher Art die neuere Psychotherapieforschung überwiegend ist. Zunächst sehen wir, daß je nach Zeitschrift nur ein Teil der Beiträge empirische Originalstudien darstellt. Davon bezieht sich eine Mehrheit auf Prozeßforschung. Wenn Ergebnisse untersucht wurden, dann zur Hälfte in Kom-

bination mit Prozeßforschung, während Prozesse oft ohne Kombination mit Ergebnisforschung untersucht wurden. Bei den Prozeßuntersuchungen überwiegen bei weitem die quantitativen Studien. Dafür ist sicher mitverantwortlich, daß umfangreiche qualitative Untersuchungen schwer auf Zeitschriftenformat zu bringen sind, obwohl sich die Publikationsregeln wichtiger Journale in den letzten Jahren sehr zum Vorteil qualitativer Forschung geändert haben. So ist jetzt der Abdruck von Originalmaterial bzw. der einzelnen Verarbeitungsschritte nicht mehr nötig, dieses Material kann als „beim Autor einzusehen“ angegeben werden. Ein weiterer Grund ist, daß es durchaus hohe Standards für die Beurteilung der Qualität qualitativer Studien gibt, die nicht unbedingt bei unveröffentlichten Diplomarbeiten etc., wohl aber bei Veröffentlichungen in methodisch anspruchsvollen Journals verwendet werden (z.B. Stiles, 1993): Es ist nicht unbedingt leichter, qualitativ gute qualitative als quantitative Forschung zu machen. Was immer aber die Gründe für die angetroffenen Häufigkeiten sind, es ist klar, daß wir es bei der quantitativen Prozeßforschung mit einem relevanten Teil der Forschung zu tun haben.

Die Grundfrage intrinsisch motivierter Psychotherapieforschung ist wohl für die meisten Forschenden: Worauf kommt es an, daß eine Therapie Erfolg hat? Prozeßforschung gibt in diesem Rahmen darüber Auskunft, wie die Therapie im einzelnen beschaffen ist, für die ein bestimmter Erfolg verzeichnet wird. Die Betrachtung des Erfolges hat bei Prozeßforschungsstudien eine sinnvolle Rolle. Wir wollen ja vor allem wissen, wie erfolgreiche Therapien funktionieren. An einer Tagung in Hamburg spielten wir neulich mit einer Analogie zu Taxifahrern: Wenn ich etwas über das Taxifahren lernen will, sollte ich diejenigen Fahrten auf einzelne Abläufe und Variablen untersuchen, bei denen die Fahrgäste tatsächlich innert nützlicher Frist ans Ziel kamen. Es könnte zwar besonders interessant sein, die „Mißerfolge“ gezielt zu untersuchen, ich würde aber auf keinen Fall Mißerfolge und Erfolge zusammenwerfen, wenn ich etwas über wirksame Va-

¹ Die Sammlung ist nicht ganz vollständig, da – wie bei der Gelegenheit bemerkt wurde – diverse Nummern der Zeitschriften in unserer Bibliothek fehlen. Da keine systematische Selektion vorgenommen wurde, dürfte das Bild aber einigermaßen stimmen.

Tabelle 1. Inhaltsübersicht der Artikel einiger psychotherapeutischer Zeitschriften aus den letzten 2 Jahren (Prozeßforschung qualitativ und quantitativ: Mehrfachzählung, wenn kombiniert. Weitere Erläuterungen im Text)

Artikel	Psychotherapy Research	Zeitschrift Klin. Psychol.	Journal of Psth. Integration	Total
Total	31	28	13	72
Psychotherapief., empir. Beiträge	19	4	2	25
Ergebnisforschung allein	6	1		7
Prozeß allein	10	1	1	12
Ergebnis/Prozeß kombiniert	3	2	1	6
Prozeß qualitativ	1	0	1	2
Prozeß quantitativ	12	3		15

riablen beim Taxifahren lernen will – also muß ich den Erfolg in irgendeiner Weise mitberücksichtigen. Prozeßforschung kann aber auch der Ergebnisforschung dienen: Zu Recht wird gefordert, daß bei Erfolgsuntersuchungen nicht einfach eine präskriptive Beschreibung der verschiedenen untersuchten Therapiebedingungen akzeptiert wird, sondern, daß mituntersucht wird, was wirklich in den Therapien stattfand. Man kann sogar sagen: Je genauer durch Prozeßforschung untersucht wird, wie zwei oder mehr verglichene Therapiebedingungen sich wirklich unterscheiden, desto weniger muß durch einengende Manuale festgelegt werden, was die Therapeuten zu tun haben. In der Untersuchung von Grawe et al. (1990) wurde z.B. nur die Art der Fallkonzeption festgelegt, Unterschiede im Vorgehen wurden mit Mitteln der Prozeßforschung erfaßt und als Konsequenz der verschiedenen Arten von Fallkonzeption betrachtet.

In einer groben Annäherung können wir die Faktoren, die in einer Therapie den Erfolg bestimmen, so umschreiben (Abb. 2).

Das Therapieergebnis wird danach also von Variablen bestimmt, die unabhängig von einem konkreten Therapieverlauf bestehen, und vom Therapieprozeß, der sicherlich auch Wechselwirkungen zwischen den anderen Variablen enthält. Diese sind im übrigen natürlich nicht so leicht aufzählbar, wie die vereinfachende Grafik suggerieren mag.

Im Prozeß geht es um eine Betrachtung spezifischer Aspekte, wie Interventionstechniken, Zustände der Be-

ziehung etc. (Orlinsky et al., 1994). Dabei sind verschiedene Betrachterperspektiven relevant: Beobachtung kann extern (z.B. durch unabhängige Betrachter von Videobändern) oder Teilnehmende (Therapeut und Patient) vorgenommen werden. Verschiedene Perspektiven sind oft nicht hoch korreliert. Ganz im Gegensatz zu einer Auffassung, daß Therapeuten die Situation unverzerrter und als Fachleute ohnehin kompetenter beurteilen können, wurde gefunden, daß die Beurteilung des Prozesses durch Patienten höher mit dem Ergebnis korreliert als die Einschätzung des Therapeuten.

Bei der Begriffsbestimmung ist zu beachten, daß „Therapieprozeß“ sowohl den Prozeß in der Therapie (eventuell sogar eingengt auf die Therapiesitzungen) oder aber den Veränderungsprozeß insgesamt beim Patienten meinen kann, der natürlich nur teilweise mit dem Geschehen in den Sitzungen zusammenhängt.

Ein weiterer möglicher Gegensatz bei Betrachtungen des Prozesses ist die Konzentration auf kritische Ereignisse (unter Vernachlässigung des Großteils der in der Therapie zugebrachten Zeit) versus die Messung der Veränderung vieler Variablen über den ganzen Therapieverlauf hinweg. Weitere Gegensätze kommen in der Wahl sehr unterschiedlicher Variablen und Auflösungsgrade zum Ausdruck.

Ein Eindruck zur Zahl und Art relevanter Variablen läßt sich aus der Process-Outcome-Review von Orlinsky et al. (1994) gewinnen (Tabelle 2).

Diese Übersicht macht deutlich, daß das Unterfangen, in einem kurzen Vortrag die Variablen zu erläutern – und erst recht, Ergebnisse darzustellen – von vornherein zum Scheitern verurteilt wäre. Zwischen 1950 und 1992 wurden zu diesen Variablen 2.354 Befunde hervorgebracht, mehr, als ein Psychotherapieforscher und erst recht ein Praktiker normalerweise im Original lesen kann.

Insbesondere PraktikerInnen haben ein legitimes Interesse an einfacheren Fakten, die sich in der Flut der Ergebnisse zeigen. Was sind Fakten? Es handelt sich um konsistent replizierte Befunde, und zwar in Studien, bei denen die methodischen Voraussetzungen bestanden, daß das Gegenteil des Gefundenen ebenfalls eine faire Chance hatte, sich zu zeigen. Fakten sollten robust sein in bezug auf die spezifische Art der Daten, kleinere Variationen in der Durchführung etc.

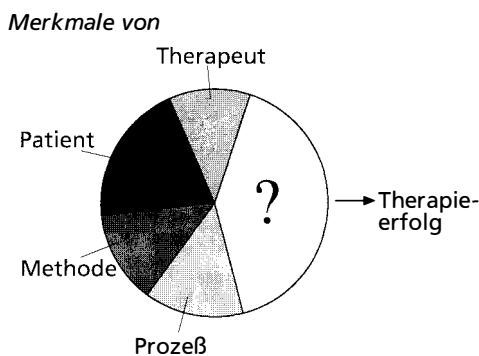


Abb. 2. Zusammenhang von Therapieerfolg mit verschiedenen Merkmalen der Therapie

Tabelle 2. Übersicht über die von Orlinsky et al. (1994) betrachteten Variablen

<i>Therapeutic Contract</i>	<i>Therapeutic Bond</i>
Therapeutic collectivity: Dyad vs. group	Therapeutic bond / group cohesion
Schedule of sessions: Weekly vs. other	Therapist's contribution to the bond
Fees: Normal vs. reduced	Patient's contribution to the bond
Expectational clarity / goal consensus	Patient's role engagement
Role preparation for patient	Patient's motivation
Therapist's verbal activity	Therapist's engagement vs. detachment
Therapist's skillfulness	Therapist's credibility (sureness vs. unsureness)
Patient suitability for treatment	Therapist's collaboration vs. directiveness or permissiveness
Termination procedure	Patient's collaboration vs. dependence or controlling
<i>Therapeutic Operations</i>	Patient's expressiveness
Patient's focusing on life problems	Therapist's empathic understanding
Patient's focusing on here-now involvement	Therapist's expressiveness
Patient's cognitive and behavioral processing	Patient's empathic understanding
Therapist's focusing on patient problems	Communicative attunement
Therapist's focusing on patient affect	Therapist's affirmation of patient
Therapist focusing on here-now involvements	Patient's affirmation of therapist
Therapist focusing on core personal relationships and transference issues	Reciprocal affirmation
Change strategies (heuristics)	<i>Self-relatedness</i>
Paradoxical intention	Patient self-relatedness
Experiential confrontation	Therapist self-relatedness
Interpretation	Patient's openness vs. defensiveness
Exploration	Patient's experiencing (articulating of felt meaning)
Support	Therapist's self-congruence
Reflection/Clarification	Therapist's self-acceptance & assurance vs. self-rejection & control
Therapist's self-disclosure	<i>In-session impacts</i>
Patient's cooperation vs. resistance	Therapeutic realizations
Patient's total affective response	<i>Sequential Flow</i>
Patient's positive affective response	Session development
Patient's negative affective response	Stage of treatment
Patient's self-exploration	

Ich will eine knappe Zusammenfassung versuchen, aber nicht, ohne auf Orlinsky et al. (1994) für eine vertiefte Lektüre hinzuweisen, die allerdings auch nur eine Zusammenfassung geben, sodaß man für speziellere Fragen auf die Originalstudien zurückgreifen muß. Um Verfälschungen durch die Übersetzung zu vermeiden, greife ich auf einige englische Originalbegriffe zurück.

Therapeutic Contract

Für die Form der Therapie wurden keine systematischen Zusammenhänge gefunden: Wirksame Therapie kann in verschiedener Weise (Setting etc.) durchgeführt werden. Wechselwirkungen zwischen Merkmalen der Art der Durchführung und Patientenmerkmalen sind aber sehr wohl möglich.

Positive Zusammenhänge mit Erfolg zeigten: goal consensus, expectational clarity, patient role preparation, patient verbal activity, patient suitability, therapist skill. Die letzten beiden Merkmale hängen besonders robust mit Therapieerfolg zusammen.

Therapeutic Operations

Besonders wichtige Inhalte der Therapie sind Lebensprobleme und zentrale persönliche Beziehungen.

Als wirksame Interventionen haben sich u.a. experiential confrontation, Interpretationen und paradoxe Interventionen (wenn angemessen) erwiesen.

Die Kooperation des Patienten ist wichtig, ebenso ein positives affective arousal.

Die Therapiebeziehung ist vor allem aus Patientenperspektive relevant. Verschiedene Aspekte der Therapiebeziehung sind positiv interkorreliert.

Self-relatedness

Der Beitrag des Patienten zur Therapie ist entscheidend – aber natürlich mit vielen anderen Variablen verknüpft.

Therapeutic Realizations („Mini“-Wirkungen in der Sitzung) aus Patientenperspektive sind mit dem Gesamtergebnis hoch korreliert (nicht aus Therapeutenperspektive!).

Sequential Flow

Längere Therapien haben bessere Ergebnisse. Der Zusammenhang zwischen zunehmender Sitzungszahl und zunehmendem Gewinn ist aber nicht linear. Daß kurze Therapien oft nicht befriedigende Ergebnisse zeigen, dürfte mit einer aus europäischen Sicht oft extrem kurzen Therapiedauer in den Untersuchungen zusammenhängen. Bei einer Beurteilung des zusätzlichen Gewinnes aus zusätzlichen Sitzungen muß selbstverständlich auch nüchtern die Frage nach dem Kosten-Nutzen-Verhältnis gestellt werden.

Insgesamt zeigt sich in der Zusammenfassung von Orlinsky et al. (1994) ein vielfältiges Bild. Sehr vieles kommt in irgendwelchen Studien vor, vergleichsweise wenige Ergebnisse sind aber robust. Das heißt, daß es wohl möglich wäre, mit qualitativen, auf wenige Individuen, Variablen, Perspektiven oder Ausschnitte beschränkten Studien fast jedes erdenkliche Ergebnis zu erhalten, wobei die Frage nach der Gültigkeit dieser Ergebnisse typischerweise offen bleibt. Das ist aber nicht einseitiges Plädoyer gegen qualitative Prozeßforschung: Bei quantitativen Studien wird wissentlich und unwissentlich schon sehr viel an Voraussetzungen und Interpretationen in Studien hineingesteckt. Um den Einfluß dieser Voraussetzungen zuverlässig abschätzen zu können, müßte eigentlich bereits mehr über psychotherapeutische Prozesse bekannt sein, als das in vielen Bereichen der Fall ist.

Zudem nützen isolierte empirische Ergebnisse wenig, wenn sie nicht sinnvoll interpretiert werden können: „Scientific understanding requires more than facts. It requires theoretical analysis and interpretation of the facts, and further tests of these analyses and interpretations by well constructed studies“ (Orlinsky et al., 1994, p. 361). Für Beispiele solcher theoretischen Einordnungen, weitere gängige Themen der Psychotherapieforschung und Ergebnisse wie Methodik möchte ich auf die 864 Seiten verweisen, die das neueste „Handbook of psychotherapy and behavior change“, herausgegeben von Bergin und Garfield (1994), umfaßt. Ein Beispiel ist der Beitrag von Henry et al. (1994): Darin wird der Frage nachgespürt, ob schlechte Ergebnisse eines Teils psychoanalytischer Therapien zusammenhängen könnten mit malignen Formen der Beziehung, die aus einer schlechten Anwendung einer der wichtigsten Techniken psychoanalytischer Therapie, des Interpretierens, entstehen. Der Artikel ist in meinen Augen ein gutes Beispiel dafür, wie u.a. aufgrund quantitativer Prozeßforschung der eigene Therapieansatz reflektiert werden kann und wie Gedanken zur Weiterentwicklung entstehen können.

Ich möchte nun aber noch etwas grundsätzlicher werden. In einem großen Teil der Therapieliteratur – vielleicht mit Ausnahme humanistischer Positionen, wonach es auf die spontane menschliche Begegnung allein ankommt – wird implizit oder explizit davon ausgegangen, daß in Therapien *Techniken* zur Anwendung kommen. Ich halte ein solches „Anwendungsmodell“, auch wenn teils betont wird, die Techniken würden natürlich an den Einzelfall angepaßt, für grundsätzlich unrealistisch und vertrete dagegen ein „Neukonstruktionsmodell“. Danach wird therapeutisches Handeln, genau betrachtet, für jeden Patienten und in jeder Situation unter Berücksichtigung möglichst vieler Aspekte auf verschiedenen Ebenen immer wieder neu konstruiert (Caspar und Grawe, 1992, 1996). Das bedeutet nicht, das Rad immer wieder neu zu erfinden. So wird z.B. ein großer Teil der Prämissen beim Vorgehen bei einem Patienten mit einer dominanten einzelnen Störung durch störungsspezifisches ätiologisches und Handlungswissen festgelegt. Nur wenn wir von vielen Aspekten im Vorgehen einzelner Therapeuten, die implizit nach unserer Auffassung ohnehin überwiegend

nach einem Neukonstruktionsmodell arbeiten, abstrahieren, können wir aber von einem „gleichen“ Vorgehen bei verschiedenen Patienten oder von „Anwendung von Techniken“ sprechen. Die interessantesten Teile des Psychotherapieprozesses könnten in den individuellen diagnostischen und Handlungskonstruktionsvorgängen liegen. Damit wird die Suche nach gemeinsamen Prinzipien, die über viele Patienten hinweg wirksam sind, nicht hinfällig. Man wird aber den Psychotherapieprozeß anders sehen und beforschen (z.B. „Wirkfaktorenanalyse“ durchführen, oder das innere Geschehen in Therapeuten beforschen; Caspar, 1997a), als aufgrund eines „Anwendungsmodells“ (bei dem z.B. eine Messung der „adherence“ an Therapiemanuale vorgenommen würde). Nicht erstaunlicherweise stoßen dem Vernehmen nach Kollegen, die Forschung der letzteren Art versuchen, bei komplexeren manualisierten Therapieansätzen, wie demjenigen für Borderline-Störungen von Linehan (1993), auf Probleme, weil schwer operationalisierbar ist, was denn genau ein manualgetreues Vorgehen wäre. Ich würde die Prognose wagen, daß Forschung, bei der zu sehr von Techniken und Manualen ausgegangen wird, in der nächsten Zeit noch deutlicher an Grenzen stoßen wird. Forschung, bei der es um die heuristische Umsetzung von Wirkprinzipien auf mittlerer Ebene zwischen Theorien und konkretem Verhalten sowie um innere Prozesse (Hypothesenbildungs- und Entscheidungsprozesse) in Therapeuten geht, wird dagegen einen wesentlicheren Beitrag zu unserem Verständnis von Therapieprozessen und zu einer Verbesserung therapeutischen Vorgehens liefern.

Ein Problem besteht dabei grundsätzlich darin, daß Erkenntnisse immer auf der Beobachtung von Zusammenhängen beruhen. Der größte Teil der bisherigen Forschung ging, weil alles andere weit schwieriger ist, von einfachen linearen Zusammenhängen aus, nach dem Motto: „Hängt das Therapieergebnis davon ab, wieviel in einer Therapie interpretiert wird?“ Es ist aber unrealistisch, daß Therapie wirklich überwiegend von so einfachen Zusammenhängen bestimmt wird. In Wirklichkeit müssen wir mit „Lotterzusammenhängen“ (Abb. 3) und subtileren Mechanismen rechnen.

Ein gutes Beispiel, wie notgedrungen komplizierteren Zusammenhängen in jüngerer Zeit vermehrt Beachtung geschenkt wird, sind Veränderungskurven, wie sie in Abb. 4 wiedergegeben sind.

Die stetig ansteigenden Kurven entsprechen dem, wie wir uns den Zusammenhang zwischen der Anzahl der Sitzungen bzw. dem Ablauf der Zeit und der therapeutischen Veränderung in wichtigen Merkmalen naiverweise vorstellen könnten, und wie wir ihn bisweilen bei medikamentöser Behandlung finden. In Psychotherapien finden wir aber oft nach einer initialen Verbesserung ein Plateau oder gar eine Verschlechterung, die in einen Abbruch bzw. Mißerfolg, aber auch in einen steilen Anstieg überführen können. Im letzteren Fall könnte das Plateau als Phase der Auseinandersetzung mit der Erkenntnis verstanden werden, daß eine Verbesserung der Situation nicht ohne echte strukturelle Veränderung möglich ist, oder, etwas salopper ausgedrückt, daß man nicht baden kann, ohne naß zu werden. Etwas psychologischer mag für diejenigen, die

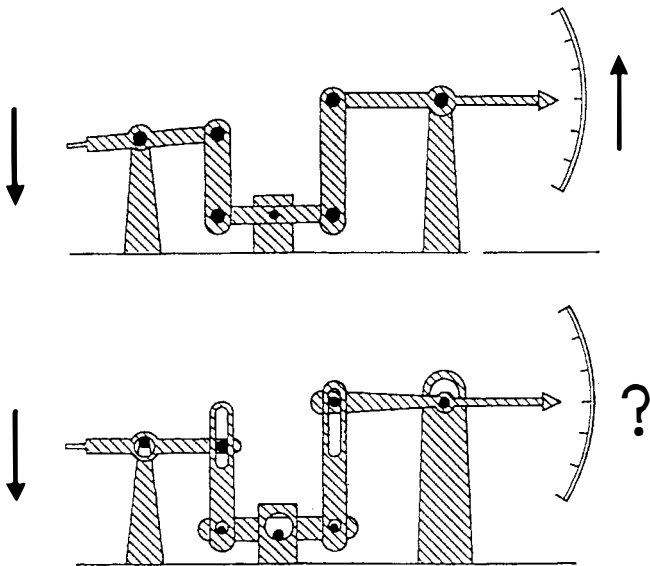


Abb. 3. Schematische Darstellung der Zusammenhänge zwischen Input und Output eines Systems: eng determinierte vs. realistischere Sicht. Die „ausgeloterten“ Verbindungen können so gesehen werden, daß an diesen Stellen lokale Kompensationsmechanismen das unmittelbare Wirksamwerden von Interventionen verhindern

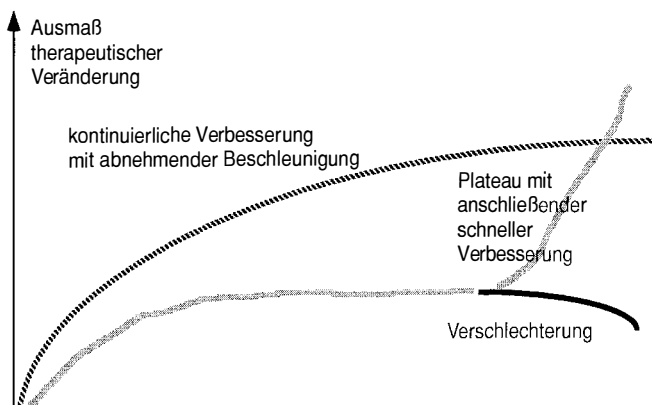


Abb. 4. Kurven für unterschiedliche therapeutische Veränderungsverläufe (nach Newman und Martinovich, 1996). Erläuterung im Text

Piaget kennen, der Bezug auf sein Assimilations-Akkommodations-Modell sein: Erst versucht ein Patient, der „Störung“ durch die Therapie assimilativ, also ohne innere Veränderungen, zu begegnen, bevor er sich dann, typischerweise nach einer Zeit der Krise, zu „echten“, akkommodativen Veränderungen der bestehenden Strukturen durchringt.

Auch solche Modelle vermögen selbstverständlich nur einen Teil des Prozeßgeschehens in der Therapie zu erhellen, es ist aber klar, daß man, denkt man im Einklang mit ihnen, nicht mehr naiv nach linearen Zusammenhängen suchen kann.

Bevor ich gleich noch auf konkrete Beispiele der Prozeßforschung eingehe, möchte ich noch einmal auf die Feststellung von Orlinsky zurückkommen, daß wir zum Verständnis empirischer Fakten theoretische

Modelle brauchen. Hier möchte ich dezidiert – und im Bewußtsein, daß das ein Politikum ist – Grawes Auffassung zustimmen, daß auf dem Boden einzelner therapeutischer Schulen gewachsene theoretische Konzepte immer mehr nur eine historische Bedeutung haben. Ein typisches Merkmal dieser von Grawe (1995) so bezeichneten „Theorien 1. Generation“ ist, daß sie sich nur oder überwiegend auf Phänomene beziehen, die innerhalb eines therapeutischen Ansatzes gefunden werden. Verhaltenstherapeuten sollten aber zur Kenntnis nehmen, daß Ängste unter Umständen auch ohne Konfrontation im verhaltenstherapeutischen Sinne, z.B. mit klientenzentrierter Gesprächstherapie, behandelt werden können. Wir sollten uns mit dem Phänomen beschäftigen, daß die besten Erfolgsquoten für Eßstörungen für kognitive Verhaltenstherapie ebenso wie für Interpersonale Therapie recht einheitlich bei 45–50% liegen, obwohl das therapeutische Vorgehen bei den zwei Ansätzen in wichtigen Aspekten sehr gegensätzlich ist. Die Erfolge des jeweils anderen Ansatzes sind ein Faktum, können aber mit den jeweiligen „eigenen“ Konzepten schwer erklärt werden. „Theorien der 2. Generation“ sollten unter Rückgriff auf grundlagenwissenschaftliche Konzepte in der Lage sein, für ihren Geltungsbereich grundsätzlich alle relevanten Fakten schulübergreifend einzubeziehen. Es erscheint unwahrscheinlich, daß das mit kleineren Erweiterungen von Theorien der 1. Generation erreichbar ist. Auch Grawes Ansatz einer „allgemeinen Psychotherapie“ repräsentiert ein Ideal, einen zu gehenden Weg, und nicht einen Zustand, auf dem man sich ausruhen kann, wenn man ihn einmal erreicht hat. Den Ansatz als „neue Schule“ mißzuverstehen, verbietet sich damit von selber.

Nun will ich noch Beispiele geben für quantitative Prozeßstudien, wobei ich eine noch zu begründende Auswahl aus Studien, an denen ich beteiligt bin und war, getroffen habe.

Ein erstes Beispiel ist die Untersuchung von intuitiven Prozessen bei Psychotherapeuten (Caspar, 1997a; Itten, 1994). Wir untersuchten naturalistisch aufgezeichnete Erstgespräche, die Therapeuten und Therapeutinnen weitestgehend so führten, wie sie sie auch ohne unsere Untersuchung mit denselben Patienten geführt hätten. Die Gespräche wurden mit einer sophistizierten Prozedur aufgezeichnet. Mit Computer- und Videounterstützung wurde unmittelbar anschließend mit den Therapeuten minutiös rekonstruiert, was während des ersten Gesprächsteils in ihnen vorging. Daß diese Rekonstruktion unmittelbar erfolgt, ist wesentlich, wenn auch subtile Prozesse, die schneller dem Vergessen anheimfallen als bewußte Entscheidungen, mit maximaler Validität erfaßt werden sollen.

Das umfangreiche Material wurde anschließend nach verschiedensten Aspekten quantitativ und qualitativ ausgewertet. Intuitive vs. rational-analytische Informationverarbeitung ist einer dieser Aspekte. Aufgrund mehrerer Vorarbeiten versuchte Itten, alle wesentlichen in der Literatur mit „Intuition“ verbundenen Konzepte in Form von Beurteilungsskalen zu formulieren, ein entsprechendes Ratingmanual auszuarbeiten und auf seine Qualität zu untersuchen. Während einzelne in der Literatur genannte Merkmale

(wie „Kreativität“) nicht reliabel erfaßt und andere Merkmale (wie Geschwindigkeit der Verarbeitung) vom Material her nicht beurteilt werden konnten, gelang es, für eine Mehrzahl anderer Merkmale Rating-skalen zu entwickeln. Diese werden in Tabelle 3 gleich mit den Ergebnissen einer Faktorenanalyse dargestellt. Beurteilt wurden die inneren Prozesse in kognitiv-behavioral bzw. psychoanalytisch orientierten Therapeuten jeweils zum Zeitpunkt einer einzelnen Patienten- bzw. Therapeutenäußerung in einem Erstgespräch, soweit sie aus den Äußerungen der Therapeuten im Interview oder in der nachfolgenden Rekonstruktion oder aus dem Videoband erschließbar waren. Was das Verständnis der einzelnen Merkmale betrifft, muß ich mich aus Zeit- bzw. Platzgründen darauf verlassen, daß Sie diese aufgrund der Bezeichnungen einigermaßen richtig verstehen, bzw. Sie auf die Literatur verweisen, ebenso für methodische Details (Itten, 1994; Caspar, 1995, 1997a).

Der erste Faktor, „bewußt-analytische Verarbeitung“, erfaßt Negativ-Merkmale von Intuition, wie sie oft in Definitionen auftauchen: Wenn Denken *nicht* regelgeleitet etc. ist, dann ist es eben intuitiv. Der zweite Faktor erfaßt etwas wie „positiv-ganzheitliche Intuition“ und der dritte Faktor „Automatisierung“. Die Tatsache, daß diese übergeordneten Merkmale ohne methodische „Tricks“ und robust gegen gewisse Veränderungen in Itemauswahl, Einheitenbildung und Stichprobe auf unabhängigen Faktoren zu liegen kommen, ist naheliegenderweise so zu interpretieren, daß es sich eben um unabhängig variierbare Aspekte von Intuition handelt. Anders ausgedrückt: Brillante Therapeuten können sehr wohl rational-analytisch denken, ohne daß das einem Nutzbarmachen ihrer Intuition abträglich ist, und bei schlechten Therapeuten trägt auch ein Abschalten der Ratio kaum zum Entwickeln guter Expertenintuition bei. Automatisierung im Zuge der Erfahrung führt auch nicht einfach so zu guter Intuition.

Diese Sicht ist gut vereinbar mit dem Ansatz von Dreyfus und Dreyfus (1986), wonach zwar Novizen und Experten ihre Intuition beide als intuitiv empfinden, während es sich in Wirklichkeit sowohl von den zu-

grundlegenden Prozessen als auch von der Leistungsfähigkeit her um sehr Unterschiedliches handelt. Zu guter Expertenintuition kommt man danach am schnellsten durch vielfaches Durchlaufen rational-analytischer Prozeduren. Ebenfalls vereinbar ist diese Sicht mit dem Ansatz von Pascual-Leone (1990), wonach besonders gute Leistungen zustandekommen, wenn man Vorteile sowohl rational-analytischen als auch intuitiven Vorgehens nutzt bzw. Nachteile kompensiert. Ganz in dem Sinne haben wir auch Konsequenzen aus unseren Ergebnissen gezogen und trainieren gegenwärtig bei Therapeuten systematisch ein (teil-)aufgabenabhängiges Hin- und Herschalten zwischen rational-analytischen und intuitiven Strategien der Beschäftigung mit Patienten (Caspar, 1997a).

Ich habe dieses Beispiel gewählt, weil es zeigt, daß quantitative Prozeßforschung sich mit naturalistischen Daten und praxisrelevanten, durchaus schwer erfaßbaren Variablen beschäftigen kann, daß dabei ein Bezug zur theoretischen Grundlagenliteratur hergestellt werden kann, und daß unmittelbare Konsequenzen für die Ausbildungspraxis daraus gezogen werden können.

Ein zweites Beispiel zeigt die Kombination von qualitativen und quantitativen Teilen bei der Analyse von Widerstand von Patienten in der Therapie. Auch hier kann ich weder zugrundeliegende Konzepte noch Methodik ausführlich erklären. Ich bitte, das Dargestellte einfach als Illustration zu verstehen, und für genauere Erklärungen auf die Originalliteratur zurückzugreifen (Caspar, 1985; Caspar und Grawe, 1981; Brunner, 1996). Brunner ging in seiner Diplomarbeit vom Widerstandskonzept nach Caspar und Grawe (1981) aus. Danach tritt Widerstand (nicht wertend definiert) dann auf, wenn Therapeuten in der Therapie etwas tun oder verlangen, was nicht mit der Planstruktur (zum Planbegriff: Caspar, 1996) eines Patienten kompatibel ist. Grundsätzlich kann das mit Inhalten (Themen, Veränderungszielen), mit der Methode oder der Therapiebeziehung zu tun haben, wobei Widerstand nicht immer dort erscheint, wo er plausiblerweise entstand. Gegen das Ansprechen heikler Themen kann ein Patient sich z.B. mit einem Erhöhen interaktioneller Spannung in der Therapiebeziehung wehren. Es wird davon ausge-

Tabelle 3. Faktorenanalyse über verschiedene Aspekte intuitiver vs. rational-analytischer Informationsverarbeitung in Erstgesprächen. Erläuterungen im Text

Variable	Faktor 1: bewußt-analytische Verarbeitung	Faktor 2: positive, ganzheitliche Intuition	Faktor 3: Automatisierung
Anwenden von Regeln	.84		
Bewußtheit	.81		
Begründungen	.78		
Metakognitive Informationsverarbeitung	.76		
Komplexität	.40	.48	-.42
Ganzheitlichkeit		.83	
Globalrating		.77	
Suche nach Alternativen	.39	-.56	
Emotionale Erregung TherapeutIn		.44	
Automatisierung			.93

gangen, daß Widerstand, so wie er PraktikerInnen erscheint, nicht ein einfach meßbares Phänomen ist. Eine Beurteilung, ob zu einem bestimmten Zeitpunkt Widerstand vorliegt, beruht auf Konstrukten und Interpretationen. Widerstand ist für solide Prozeßforschung kein leicht zugängliches Phänomen, weil bei einer einfachen Operationalisierung leicht der klinische Gehalt verlorengeht.

Wir schlugen, um die Willkürlichkeit beim Zuschreiben von Widerstand zu einem bestimmten Zeitpunkt doch im nötigen Ausmaß einzugrenzen, einen Zwischenschritt vor: Es muß sich auffälliges (wenn auch nicht eindeutig als Widerstand interpretierbares) Patientenverhalten zeigen, *und* es muß plausibel sein, daß der Therapeut sich zu dem Zeitpunkt gegen wichtige Patientenpläne (die zum größten Teil unbewußt sind) verhalten hat. Zur Beurteilung des letzteren Punktes muß für jeden Patienten eine individuelle Plananalyse (Caspar, 1996) erschlossen werden.

Brunner untersuchte in seiner Arbeit, wie häufig in 47 Therapien aus einem bestehenden Datensatz (Grawe et al., 1990) welche Arten von Widerstand auftraten und wie dies mit Therapieerfolg, beurteilt nach einem unabhängigen integrierten Erfolgsmaß, zusammenhing. Zur Beurteilung wurden Videobänder – wo fehlend, auch Audiobänder – beigezogen. Brunner erreichte in seiner Arbeit sowohl für das Feststellen auffälligen Verhaltens als auch für die Beurteilung einer Bedrohung von Patientenplänen hinreichende Reliabilität. Aufgeteilt nach Quellen von Widerstand fand er über alle Therapien 65% inhaltlichen Widerstand, 23% methodischen Widerstand und 12% interaktionellen Widerstand. Das ist insofern bereits interessant, als nach dem *Erleben* der meisten Therapeuten Widerstand vor allem in der Therapiebeziehung auftreten dürfte. Interessant ist der Zusammenhang mit Therapieerfolg: Es wurde erwartungsgemäß gefunden, daß ein hohes Ausmaß an Widerstand mit schlechten Ergebnissen zusammenhängt. Eine einfache Erwartung, die besten Therapien seien dementsprechend mit am wenigsten Widerstand verbunden, erfüllte sich jedoch nicht: Die am wenigsten „widerständigen“ Therapien haben nur ein mittleres Maß an Erfolg, die erfolgreichsten Therapien zeigen ein mittleres Maß an Widerstand. Kann man daraus ableiten, daß etwas Widerstand zu guten Therapien ganz einfach dazugehört? Ein etwas differenzierteres Bild ergibt sich, wenn wir die *Arten* von Widerstand nach Prozentanteilen getrennt nach erfolgreichen und nicht erfolgreichen Therapien betrachten (Abb. 5).

Erfolgreiche Therapien zeigen einen deutlich höheren Anteil an inhaltlichem und einen geringeren Anteil an methodischem und interaktionellem Widerstand. Man könnte daraus folgern, daß die erfolgreichen Therapeuten sich nicht scheuen, in bezug auf Thematik und Therapieziele heiße Eisen anzufassen, wo nötig, daß sie dagegen methodisch und interaktionell so flexibel sind, daß sie sich hier nicht in unnötigem Widerstand verhaken. Dieses Bild wird weiter dadurch bestätigt, daß in nicht erfolgreichen Therapien Pläne gestört werden, die der Problemlösung dienen. Die Therapeuten scheinen also die Balance, in der die Patienten sich befinden, ungenügend verstanden zu haben. In erfolg-

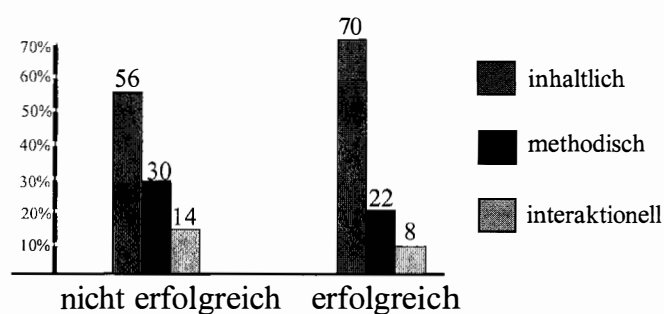


Abb. 5. Häufigkeit der Widerstandsarten nach Erfolg, Sitzung 12. Erläuterungen im Text

reichen Therapien werden dagegen überwiegend Pläne gestört, die dem Vermeiden unangenehmer Emotionen dienen. Zu erfolgreichen Therapien scheint es zu gehören, daß Therapeuten ein solches Vermeiden nicht zulassen, auch wenn ihre Patienten sie dafür vorübergehend mit Widerstand „bestrafen“.

Auch in diesem Beispiel liefert quantitative Prozeßanalyse in meinen Augen unmittelbar praxisrelevante Ergebnisse, und zwar vor allem darum, weil Prozeß- und Ergebnisbetrachtungen miteinander verbunden wurden. Im Zusammenhang mit diesem Symposium dürfte interessant sein, daß zwar quantitative Daten gewonnen und weiter ausgewertet wurden; ohne Quantifizierung wäre es gar nicht möglich gewesen, über so viele Therapien prägnante Zusammenhänge zu finden, ohne weitgehend auszuschließen, daß es sich um Hirngespinnste des Analysierenden handelt. Andererseits wäre es aber nicht möglich gewesen, den Einzelfällen und dem komplexen Widerstandskonstrukt gerecht werdende quantitative Daten zu gewinnen, wären diese nicht aus vorangehenden qualitativen Analysen (Plananalysen und individuelle Analysen der Widerstandssituation) hervorgegangen.

In beiden Beispielen wurden der individuellen Fragestellung angepaßte Prozeduren bzw. Meßmittel entwickelt. Dies ist ein Beitrag zu einem durchaus problematischen Trend, daß nämlich ganz im Gegensatz zu weitverbreiteten Meinungen auch in der quantitativ orientierten Prozeßforschung nicht einfach Therapien schlecht passende, standardisierte Meßmittel übergestülpt werden, sondern im Gegenteil so oft in einzelnen Studien „optimal passende“ neue Meßmittel entwickelt werden, daß dadurch Probleme für Vergleiche zwischen Studien entstehen. Forscher stehen immer zwischen dem Dilemma, maßgeschneiderte, aber schwer vergleichbare Meßmittel zu verwenden, oder vice versa.

Ganz kurz möchte ich noch ein Thema ansprechen, bei dem sich in meinen Augen der Bogen zwischen Prozeßforschung und Praxis schließt. Gerade Therapeuten, die Zweifel daran haben, daß Untersuchungen anderer zu Wirksamkeit und Wirkweise von Therapiemethoden für ihre eigene Praxis relevant sind, müßten sich für eine laufende Praxiskontrolle stark machen. Gerade diejenigen, die praxisrelevante Untersuchungen fordern, müßten sich dafür einsetzen, den laufenden Therapieprozeß mit Meßmitteln wie Patientenrückmeldebogen für einzelne Sitzungen und regelmäßigen

Zwischenmessungen zu Befindlichkeit, Symptomatik etc. zu begleiten, sodaß die gewonnenen Informationen unmittelbar in der einzelnen Therapie genutzt werden können. Sie würden dabei – von gewissen Ausnahmen abgesehen – sinnvollerweise dieselben Meßmittel (wie z.B. Stundenbögen), einsetzen, die sich in der Prozeßforschung bewährt haben. Glücklicherweise ist deren Auswertung nicht mehr so unrealistisch aufwendig, wie noch vor einiger Zeit: Es stehen Computerprogramme zur Verfügung, mit denen im Prinzip jeder Praktiker seine Daten laufend auswerten und so aufbereiten kann, daß er auf wichtige Entwicklungen im Verlauf einer Therapie aufmerksam gemacht wird. Diese fortlaufende Praxiskontrolle als Luxus zu betrachten, den man sich als Praktiker eben leistet oder nicht, geht immer weniger an: Krankenkassen sind gefordert, solche Untersuchungen ebenso nicht nur zu fordern, sondern auch zu bezahlen, wie sie Laboruntersuchungen bei somatisch Kranken bezahlen.

Ich komme zu einer Bilanz, bei der ich teils über das bisher ausführlicher Dargestellte hinausgreife:

1. Qualitative Prozeßforschung allein kann höchst spannende Einsichten zum Einzelfall liefern, selten jedoch generalisierbare Ergebnisse.
2. Prozeßforschung bringt selten interessante Ergebnisse, wenn sie nicht in minimaler Weise mit Ergebnisforschung verknüpft wird.
3. Prozeßforschung kann helfen, Ergebnisforschung flexibler zu machen und von allzu einengenden Manua-len zu befreien.
4. Verknüpfungen von Prozeßforschung und Ergebnisforschung sollten die Regel sein.
5. Verknüpfungen von qualitativer und quantitativer Prozeßforschung sind möglich und in vielen Fällen sinnvoll.
6. Prozeßforschung kann und soll unmittelbare Inputs für die Praxis geben.
7. Wenn Sie sich bei der Methodenwahl vor allem von Vorurteilen und Weltanschauungen leiten lassen, erweisen Sie sich selber, dem Weiterkommen unseres Wissens über Psychotherapie und damit vor allem auch unseren Patienten einen Bärendienst.

Viele neue Möglichkeiten der Prozeßforschung sind vielen von uns bereits selbstverständlich geworden. Videogeräte haben auch unseren Alltag erobert, was dazu beigetragen hat, daß die Kosten pro aufgezeichneter Stunde nur noch einen Bruchteil der Kosten zu Beginn des Videozeitalters betragen. Computer sind so günstig und leicht geworden, daß sich im Prinzip jeder Praktiker eine computergestützte Datenauswertung leisten kann. Eine nach Wien passende Frage, die ich nicht selber beantworten möchte: Wie würde Sigmund Freud wohl heutzutage Forschung machen?

Literatur

- Bergin AE, Garfield SL (eds) (1994) Handbook of psychotherapy and behavior change, 4th edn. Wiley, New York
- Brunner A (1996) Widerstand in Psychotherapien. Eine explorative Untersuchung. Unpubl. Diplomarbeit, Universität Bern
- Caspar FM (1984) Analyse interaktioneller Pläne. Unpubl. Diss., Universität Bern
- Caspar F (1985) Widerstand – ein faßbares Phänomen? Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 4: 515-529
- Caspar F (1996) Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse. Huber, Bern
- Caspar F (1997a) What goes on in a psychotherapist's mind? Psychother Res 7: 105-125
- Caspar F (1997b) Wer hat recht? Im Streit um die richtige Sicht der Wirksamkeitsforschung. Psychoscope 2: 11-14
- Caspar F, Grawe K (1981) Widerstand in der Verhaltenstherapie. In: Petzold H (Hrsg) Der Widerstand: ein strittiges Konzept in der Psychotherapie. Junfermann, Paderborn, S 349-384
- Caspar F, Grawe K (1992) Psychotherapie: Anwendung von Methoden oder ein heuristischer integrierender Produktionsprozess? Report Psychologie 7: 10-22
- Caspar F, Grawe K (1996) Was spricht für, was gegen individuelle Fallkonzeptionen. In: Caspar F (Hrsg) Psychotherapeutische Problemanalyse. DGVt, Tübingen, S 65-86
- Dreyfus HL, Dreyfus SE (1986) Mind over machine: the power of human intuition and expertise in the era of the computer. Free Press, New York
- Grawe K (1995) Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. Psychotherapeut 40: 130-145
- Grawe K, Caspar F, Ambühl HR (1990) Differentielle Psychotherapieforschung: Vier Therapieformen im Vergleich. Die Berner Therapievergleichsstudie. Z Klin Psychol 19: 294-376
- Greenberg L (1991) Research on the process of change. Psychother Res 1: 3-16
- Itten S (1994) Intuitives Informationsverarbeiten in klinischen Erstgesprächen. Unpubl. Diplomarbeit, Universität Bern
- Henry WP, Strupp HH, Schacht TE, Gaston L (1994) Psychodynamic approaches. In: Bergin AE, Garfield SL (eds) Handbook of psychotherapy and behavior change, 4th edn. Wiley, New York, pp 467-508
- Linehan MM (1993) Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Guilford, New York
- Newman FL, Martinovich Z (1996) Interpreting results: alternatives and supplements to traditional hypothesis testing. Vortrag am Kongreß der Society for Psychotherapy Research, Amelia Island, FL
- Orlinsky DE, Grawe K, Parks BK (1994) Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. In: Bergin AE, Garfield SL (eds) Handbook of psychotherapy and behavior change, 4th edn. Wiley, New York, pp 270-376
- Pascual-Leone J (1990) An essay on wisdom: toward organismic processes that make it possible. In: Sternberg R (ed) Wisdom: its nature, origins, and development. Cambridge University Press, New York, pp 244-278
- Stiles WB (1993) Quality control in qualitative research. Clin Psychol Rev 13: 593-618

Korrespondenz: PD Dr. phil. Dipl.-Psych. Franz Caspar, Psychologisches Institut der Universität Bern, Unitobler, Muesmattstraße 45, CH-3000 Bern 9, Schweiz, E-mail: caspar@psy.unibe.ch

PD Dr. phil. Dipl.-Psych. Franz Caspar hat in Hamburg studiert. Er arbeitet derzeit als Dozent am Institut für Psychologie der Universität Bern und als Leiter des Bereiches Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Psychiatrischen Klinik Sanatorium Kilchberg. Er hat in verschiedenen Bereichen der Psychotherapie-Ergebnis- und Prozeßforschung gearbeitet und publiziert.