

Lindau 1987

Horst Kächele & Klaus Grawe

Methoden und Ergebnisse der Psychotherapieforschung

Lindau April 1987

Meine Damen und Herren Frühaufsteher, die Sie eine noch immer rare Spezies von Psychotherapeuten darstellen, nämlich sich offensichtlich zu jenen rechnen oder zählen wollen, die Forschung nicht mit der Anwendung der Psychotherapie als klinischer Methode verwechseln.

Die Vorgeschichte dieser Veranstaltung verdient schon deshalb Ihr Interesse - nicht nur weil Bern und Ulm nicht gerade nahe beieinander liegen, sondern weil Ihnen Klaus Grawe vermutlich als Verhaltenstherapeut bekannt sein dürfte und Horst Kächele in der Mitgliederliste der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung geführt wird. Der eine ist darüber hinaus Lehrstuhlinhaber für Klinische Psychologie, der andere Professor für Psychoanalytische Methodik an einer medizinischen Fakultät. Also ein Dioskurenpaar, Castor und Pollux der Psychotherapie?

Uns verbindet ein gemeinsames Projekt - Psychotherapeutische Einzelfallprozessforschung genannt-, bei dem zwei Fälle, einer nach einem Therapieverfahren Plananalyse geführt, der andere als psychoanalytische Kurztherapie realisiert, die beide von einem Team von Wissenschaftlern gründlich untersucht werden.

Damit sind wir bei dem Thema: Ich darf Sie mit Methoden der Therapieforschung vertraut machen und Klaus Grawe wird Ihnen eine übersichtliche Zusammenstellung des Standes der Prozess-Ergebnisforschung nahebringen.

Ich möchte versuchen, Ihre Begeisterung für Methoden zu nähren - denn zu wecken brauche ich Sie als Frühaufstehern kaum noch - die sich auch für den Kliniker anbieten. Mein Caveat also, erwarten Sie keine Einführung in spezielle methodologische Fragen für schon wissenschaftlich routinierte Psy-

chotherapeuten - diese würde ich dann gerne zur Tagung der Society for Psychotherapy Research einladen, die vom 16. -20. Juni dieses Jahr in Ulm stattfindet.

Teil 1 Methoden (H.K.)

Was ist eine Methode: schlichtweg eine Beobachtungsvorschrift, also derart: Man setze sich in einen Sessel schließe die Augen und höre zu, was ein Patient unter dem Primat der Grundregel von sich gibt. Man beobachte gleichzeitig die eigenen Empfindungen und Gedanken - ich lasse empirische Bedenken einmal zu Seite - und versuche dann die parallel laufenden Prozesse aufeinander zu beziehen; mit einer solchen Methode wäre dem Gegenstand "Gegen-übertragung" dann angemessen auf die Spur zu kommen, wenn es gelänge diese Vorgänge auch ohne systematischen Fehler wiederzugeben. Ein systematischer Fehler stellt sich aber deshalb ein, weil es einem Therapeuten nicht gelingt, seine eigenen Interventionen ebenso akkurat wie die Äußerungen des Patienten festzuhalten: gedächtnispsychologische Eigenarten schieben sich hier komplizierend ein; der Wechsel vom Zuhören zum Sprechen verändert die Aufmerksamkeit doch erheblich, wie ich aus eigener Erfahrung in einem Projekt zur Entstehung und Begründungen von Interventionen weiß, bei dem diese spezielle Methode angewendet wurde. Deshalb ist die Verwenung eines Tonbandes zur Kontrolle dieser Aufzeichnungen zu empfehlen.

Eine andere Methode: Man zeichne mit Video ein Therapiegespräch auf; das solchermassen nun verfügbare Protokoll erlaubt eine Vielzahl von weiteren Auswertungsschritten: es lassen sich z.B. die non-verbalen gestischen Abläufe nach dem Notationssystem von Frey und Pool (1976) transkribieren. Für die Deskription des nonverbalen Verhaltens in dyadischen Kommunikationssituationen haben Frey und Pool (1976) ein auf Zeitreihenbasis gegründetes Notationssystem entwickelt, das es gestattet die komplexen Positionsfiguren jedes Interaktionspartners in insgesamt 55 Positionen zu beschreiben, die die genaue Position der verschiedenen Körperteile zu jedem beliebigen Beobachtungszeitpunkt angeben (G.Bente et al.,1984,S.245).

Für die Kodierung des Interaktionsverhaltens in komplexeren Kategorien nehme man das Verfahren von L.Benjamin " Structured Analysis of Social Behavior" (Benjamin,1974); zur Ermittlung der Übertragungskonfiguration wende man das Verfahren von Luborsky (1977) zum "zentralen Bezie-

hungskonflikt" an; ein Linguist analysiere die verbale Interaktion nach sprechakttheoretischen Gesichtspunkten und der hierfür zu erstellende Verbatim-Text wird dazu hin im Rechner gespeichert; ein Syntaxanalyseprogramm stellt eine Verteilung von Verben und Adjektiven auf und berechnet einen daraus einen Quotienten, der nach Adolf Busemann angeblich eine Handlungsorientierung des Sprechers anzeigen kann (s.d. Wirz & Kächele, 1982).

Wie Sie ermessen können, kennen wir heute ein Fülle von methodischen Ansätzen, die in der psychotherapeutischen Forschung ihren Platz haben - es wäre müßig sie hier alle auflisten zu wollen. Es könnte Ihnen auffallen, dass ich meine Beispiele aus dem Bereich der Prozessforschung genommen habe und den bekannteren Fall nach der Methode: Man gebe dem Patienten einen Fragebogen und halte ihn an, auf drei Seiten 100 Fragen mit Ja oder Nein zu beantworten, zunächst nicht berücksichtigt habe. Hier schlagen sich Präferenzen nieder, die ich mit Klaus Grawe insofern teile, als dass wir in dem gemeinsamen Projekt möglichst viele prozess-sensible Beschreibungsmöglichkeiten einsetzen und uns nicht mit einer Zwei-Punkte Messung am Anfang und Ende zufrieden geben.

So ist Methodenvielfalt eine Position, die wir benötigen, um die deskriptive Komplexität der Prozesse überhaupt abzubilden; mit Grawe bin ich der Meinung, dass die "Botanisierung der Psychotherapieforschung" erst noch in vollem Umfang zu verwirklichen ist. Die Unterscheidung von Verlauf und Ergebnis, die - für Psychoanalytiker nur interessant zu wissen - von Bibring auf dem Marienbader Kongress 1936 thematisiert wurde - ist allerdings methodologischer Natur. Da viele Wege nach Rom führen, muß man fragen, auf welchem Wege wird welches Ergebnis erzielt, denn bei der Analyse mikrostruktureller Veränderungsprozesse ist jede Reaktion ein Teil des Prozesses und zugleich ein Ergebnis. Beckmann, Müller - Braunschweig und Plaum haben schon 1974 darauf hingewiesen, dass aus der Sicht psychoanalytischer Sachverhalte im Grunde genommen jede Forschung Prozessforschung ist, da auch z.B. die Zweipunkt -Erhebung von Anfangs- und Enddaten ein dynamisch interpretatives Konzept voraussetzt. Dies gilt mutatis mutandis für die anderen Therapieverfahren, bei denen die spezifische Einwirkung das je spezifische Ergebnis herbeizuführen vermag.

Eine weitere Position zur Frage, welchen Bereich Psychotherapieforschung in dem hier gemeinten Sinn einschließt, steckt in dem Hinweis, dass Untersuchungen zur Nosologie, Epidemiologie etc seeli-

scher Erkrankungen und deren institutionell- normative Verankerung in den verschiedenen, an Psychotherapie beteiligten Berufsgruppen unter systemtheoretischen Gesichtspunkten als einer Makroperspektive zwar das Gesamtfeld konstituieren (s.d.Baumann, 1984); im alltäglichen Sprachgebrauch jedoch nicht mit einbezogen sind. Stattdessen wird von der Psychotherapieforschung ein Programm realisiert, das sich eng an die Strotzka'sche Definition von Psychotherapie anlehnt:

"Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/ oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens" (Strotzka 1975).

Es ist unumgänglich eine Methodendiskussion mit einer Erörterung des Lieblingsverfahrens aller psychodynamisch orientierten Kliniker zu beginnen, der introspektiven Selbstbeobachtung und der ihr systematisch zugeordneten teilnehmenden "empathischen" Beobachtung. Dieses Verfahren hat in der von Lorenzer propagierten Form der Methode des kritisch-hermeneutischen Verstehens ihre wissenschaftstheoretische Durchdringung gefunden (s.d. Krambeck & Lorenzer 1974). Allerdings haben wir bislang wenig substantielle Ergebnisse dieses Verfahrens zur Hand, da über die sich wiederholenden wissenschaftstheoretische Erörterung im Netz der Auseinandersetzung mit sozialwissenschaftlich-psychologischen Ansätzen kaum systematische Anwendungen dieser Methode vorgeführt worden sind. Es ist weniger problematisch, diese Methodendiskussion für die Analyse des klinischen Vorgehens bestehen zu lassen; im Felde der Psychotherapieforschung hat sie bisher sich nicht artikuliert.

Die introspektive Methode, ergänzt durch die von Kohut enorm aufgewertete empathische Teilnahme am Erleben des anderen sind zunächst einmal nichts anderes als allgemein- menschliche Formen der Beziehungsaufnahme zu sich und anderen. Was sie möglicherweise in den Status von Methoden erheben könnte, wäre eine Form der Aufzeichnung, die ein gewisses Maß von Regelmäßigkeit in diese Vorgänge einführen würde.

So stellt die Tagebuch-Methode, die übrigens von Verhaltenstherapeuten in der Therapieforschung als standardisiertes Verfahren weiterentwickelt wurde (s.d.Strauss & Appelt 1985), einen Zugang dar, dem introspektiven Ausdruck und Regelmäßigkeit zu verleihen; ein Tagebuch eines Therapeuten, indem er regelmäßig seine empathischen Wahrnehmungen aufzeichnen würde, könnte ein hervorragendes Dokument für die Erforschung höchst relevanter Prozesse darstellen. Es dürfte Ihnen nicht schwerfallen, hinter dem generischen Namen "Tagebuch" ihre täglichen Aufzeichnungen zu erkennen die die meisten von Ihnen während ihrer Ausbildungsphase sehr pünktlich erledigen um sich nach Abschluß der Ausbildung dieser lästigen Pflicht alsbald zu entledigen. Ich möchte Sie dafür gewinnen sich als Kliniker dadurch auch als klinischer Forscher zu betätigen, indem Sie Ihren Horror vor Technik bezwingen - schließlich fahren die meisten von Ihnen auch Auto - sich einen PC, einen unauffälligen praktischen wie den von der Firma A.. auf den Schreibtisch stellen, und nach jeder Sitzung wenige Zeilen ihrer subjektiven Eindrücke festhalten. Dieses Therapie-Tagebuch konstituiert m.E. eine Forschungs-Methode ersten Ranges, deren Wert längst gezeigt wurde; bedauerlicherweise wird sie nicht so gründlich eingesetzt wie sie es verdient. Denn bevor wir eine grundsätzliche Debatte darüber führen sollten, ob die psychoanalytische Methode sui generis Sachverhalte bestätigen kann - um die aktuelle Debatte von Adolf Grünbaum anklingen zu lassen (1987) - so steht außer Zweifel, dass die heuristische, Beobachtungen zu Hypothesen transformierende Funktion der klinischen Methode ihren großen Verdienst und Vorzug darstellt.

Die Fallstudie, besonders wenn sie sich nicht auf wenige Seiten beschränkt, wie leider in 99 von hundert Fällen, stellt die der klinischen Methode angemessene Darstellungsform dar. Immerhin können wir feststellen, dass in den letzten 20 Jahren mehr ausführliche Fallstudien geschrieben wurden als in den sechzig Jahren davor (Kächele, 1981). Als Beispiel von exemplarischem Charakter verweise ich auf den 600 Seiten umfassenden Bericht von Dewald (1972), der eine psychoanalytische Behandlung während der Sitzungen mitstenographierte, diese Aufzeichnungen dann überarbeitet und eine übersichtliche Verlaufsdarstellung gibt, bei der sich die Darstellung einzelner Stunden mit der gerafften Darstellung dazwischen liegender Zeitabschnitte abwechseln.

Der Introspektion des Therapeuten und seiner teilnehmenden Beobachtung am Erleben und Verhalten des Patienten ist, was nicht selbstverständlich erscheint, das gleiche Potential an Introspektion und

Teilnahme des Patienten zu unterstellen. Dies geschieht allerdings nur sehr selten; aus sehr subtilen Gründen wird eine eigene schriftstellernde Aktivität des Patienten von Analytikern nicht gern gesehen. Anais Nin hat mit ihrem Tagebuch sowohl die Mißbilligung von Rene Allendy, ihrem ersten Analytiker, wie auch die von Otto Rank, ihrem zweiten Analytiker, auf sich gezogen.

Frau Leuzinger und ich hatten den großen Vorzug, das Analyse- Tagebuch eines Patienten überlassen zu bekommen; es erwies sich als ein exzellentes Ausgangsmaterial für das Studium innerpsychoanalytischer Veränderungs - kriterien wie zB ein veränderter Umgang mit Träumen und ein sich ändernder Umgang in der Selbstwahrnehmung und der Beschreibung seiner Analytikerin (s.d. Leuzinger,1987). Sollte jemand nun die Stirne runzeln, da er an die damit verbundenen behandlungs - technischen Probleme denkt, so bin ich gerne bereit, hierzu eine spezielle Diskussion zu führen. Es ist nämlich denkbar, dass die Involvierung des Patienten in ein Tagebuch, den Aufgabencharakter der Assimilation neuer Erfahrungen förderlich sein kann; gerade bei Patienten, die mit einer geringen Behandlungsfrequenz gesehen werden, könnte es sich lohnen darüber nachzudenken, auf welche Weise der analytische Prozess, oder auch der Beziehungsaspekt in der Selbstwahrnehmung des Patienten gefördert werden kann.

Mit diesen Hinweisen zur Bedeutung von systematischen Fallstudien plädiere ich ausdrücklich dafür, möglichst kliniknahe Verfahren von einer Methodendiskussion in der Psychotherapieforschung nicht auszuschließen; ich denke, es ist notwendig, Forschungsprozesse als schrittweises Vorgehen zu konzipieren, bei dem der Aspekt klinisch signifikant mit dem Aspekt der notwendigen Intersubjektivität der Darstellung und Aufzeichnung verbunden bleibt. Es gilt eine unglückliche Dichtomie zu vermeiden, bei der der Vorzug des exakt Messbaren nicht zum psychologisch Trivialen führt.. Es dürfte klar sein, dass Methode als Minimum Systematik verlangt: "ist es auch Wahnsinn, so hat es doch Methode" lautet ein geflügeltes Wort. Lassen Sie uns nun auf den Wahnsinn sog. multimethodaler Diagnostik oder auch Mehrebenen-analyse genannt eingehen.

Ich beginne mit einem Beispiel: Paul Meehl, ein bekannter klinischer Psychologie, der sich mit dem Verhältnis von klinischer und statistischer Vorhersage beschäftigt hat, pflegte nie zu unterlassen, darauf hinzuweisen, dass er die Psychoanalyse für ein wissenschaftlich bedenkliches Unternehmen halte

redlicherweise fügte er auch hinzu, dass seine Frau meine, ihm selbst habe die eigene Analyse doch recht gut getan.

Die Evaluierung eines psychotherapeutischen Prozesses ist deshalb notgedrungenermassen eine Sache, bei der viele Recht haben: Selbstbeurteilungen des Patienten und Fremdbeurteilungen des Therapeuten konstituieren eine erste Ebene, bei der zwei Parteien sich gegenüberstehen. Es lässt sich zeigen, dass, wie zu erwarten, Therapeuten meist etwas optimistischer in der Beurteilung von Therapieeffekten sind als Patienten. Da dies oft in Studien der Fall ist, bei denen recht kurze Behandlungen untersucht wurden, bleibt die Frage im Raum, ob Patienten nicht ihren Wunsch nach mehr Therapie in solche zurückhaltendere Einschätzung verwandeln. Übrigens kann man bei Psychoanalytikern nach langen Analysen eher umgekehrte Effekte erwarten; die Skepsis mancher Analytiker, ob sich wirklich alle strukturellen Veränderungen eingestellt haben, unterscheidet deutlich von der Zufriedenheit von Patienten, die ihrem Analytiker bewegt Lebewohl sagen.

Wir haben noch mehr Parteien, wenn wir uns in systematische Forschungsprozesse einlassen. In der Menninger-Studie, wohl der ersten und auch am längsten dauernden Therapiestudie zu Langzeitpsychoanalysen wurde von Anfang an konsequent eine dritte Partei eingesetzt: ein Gruppe von Forschungsanalytikern, die selbst nicht am therapeutischen Prozess beteiligt war, der aber alle klinischen Aufzeichnungen zur Verfügung standen, wertete das Material aus (Wallerstein, 1986). Sicherlich ist es leichter, unbarmherzig zu sein, wenn man nicht als Therapeut selbst seinen Erfolg oder sein Scheitern beurteilen muß. Z.B. fanden die Experten im Menninger-Projekt heraus, dass die Empathie der Therapeuten über die 42 Fälle eine zweigipflige Verteilung aufwies, übrigens unabhängig von der Therapieart <Psychoanalyse> oder <Psychotherapie>; wie zu erwarten, korrelierte diese Empathie-Beurteilung zum Therapieerfolg nicht unwesentlich. Es ist schwer vorstellbar, dass Selbsteinschätzungen von Therapeuten diese empathischen Mängel aufdecken würden. Dazu bedarf es sicher noch erheblicher Anstrengungen, die übrigens aus der Forschungsliteratur motivierend gestützt werden könnten: Empathie wie andere angeblichen Therapeutenvariablen sind auch interaktionell zu begreifen, d.h. Patienten lassen Therapeuten auch empathisch sein oder auch nicht - dies nur als Hinweis auf ein Feld, in dem langfristige Verlaufsstudien einzelner Kliniker mit sich selbst ein Desideratum sind.

Die vierte Partei sind die Angehörigen, die Kollegen am Arbeitsplatz, die Spezies im Verein. Es sind spezielle ethische Gründe, die eine systematische Einbeziehung solcher sozialer Interaktionspartner oft nicht zulassen; trotzdem sollte zumindest im gedanklichen Umgang mit Patienten diesem Umstand Rechnung getragen werden, dass das soziale Unterstützungssystem sowohl im therapeutischen Prozess wie auch in seiner Beurteilung eine meist unterschätzte Rolle spielt. Im Kontext von Familientherapien spielen deshalb ganz andere Veränderungsqualitäten eine Rolle als sie von Einzelpsychotherapien her uns vertraut sind.

Die fünfte Partei, die am Verhältnis von Aufwand und Ausgang des Unternehmens <Psychotherapie> interessiert ist, wird durch die Träger, die gesellschaftlichen Vertreter des Feldes repräsentiert. Ihr Interesse fokussiert auf versorgungs-angemessene Implementationen psychotherapeutischer Konzepte, am fassbarsten konkretisiert durch Kosten-Nutzen Analysen, deren Anwendung bei uns allerdings erst am Beginn steht.

Diese Parteien werden in der Literatur gerne als Datenquellen bezeichnet. Nun kann man mit unterschiedlichen Schöpfheimern oder Schläuchen oder modernen Pumpen aus diesen Quellen schöpfen. Das Gerät wird davon bestimmt, welche Flüssigkeit man in der Quelle vermutet.

Mit dieser Bildhaftigkeit ausgerüstet gilt es als erstes nachvollziehen, dass Verhalten, Erleben und Leistungen bei Patienten als Resultate relativ unabhängiger Systemteile bzw. seelischer Funktionen verstanden werden müssen. Das Verhalten kann rasch wieder weiter aufgegliedert werden und je nach verfügbarer Theorie in weitere Verhaltensdimensionen aufgelöst werden. Beobachtung und Registrierung von Verhalten in natürlichen Situationen ist leichter gesagt als getan: schließlich kann man die Patienten nicht in einen Käfig stecken, weil dann die sog. ökologische Validität des Verfahrens ernsthaft in Zweifel zu ziehen wäre. Das Studium von Familieninteraktionen bei vorgegebenen Instruktionen durch externe Beobachter via Einwegscheibe anhand standardisierter Interaktionskategorien oder die Beobachtung der motorischen Mobilität bei depressiven Patienten auf einer Station oder die Auswertung mimischen Ausdrucks-verhaltens in experimentellen Gesprächen dürfte Beispiele für die Bandbreite der sog. Verhaltensbeobachtung sein, die dem Einfallsreichtum des Wissenschaftlers wenig Grenzen außer der seiner eigenen Scham setzt.

Historisch betrachtet, dürfte es zutreffen, dass die Verhaltenstherapie sich mehr dem Verhalten zuwendet, die psychodynamischen Therapieformen und die Gesprächstherapie mehr dem Erleben verpflichtet ist; allerdings, die dumme Anekdote über den Bettnässer verewigt die falsche Vorstellung, dass psychodynamische Therapie keinen Wert auf Verhaltensänderung legt. Neuere Auffassungen zur Verhaltenstherapie, zu deren Vertretern auch Klaus Grawe zu rechnen ist, grenzen sich von der eng lerntheoretischen fundierten Verhaltenstherapie ab und konzipieren Psychotherapie auf der Basis einer Theorie geplanten, zielgerichteten Verhaltens, bei dem die Untersuchung von Kognition und Erleben anhand der direkten Verhaltensbeobachtung einen wichtigen Platz einnimmt.

Nun, wie fasst man methodisch Erleben: Unter dem Ideal möglichst objektivierbarer Befunde sind Fragebögen in Form von Selbstbeurteilungsskalen geeignet, Aussagen über vergangenes und gegenwärtiges Erleben abzubilden. Unvermeidlich gehen in die Konstruktion solcher Instrumente Vorannahmen über relevante Bereiche ein: so unterscheiden sich das Freiburger Persönlichkeitsinventar vom Giessen-Test - um zwei bei uns häufig gebrauchte Instrumente zu nennen, dadurch voneinander, dass das FPI von der Konstruktion her eher stabile Persönlichkeitsaspekte zu erfassen sucht, während der GT stärker das Beziehungsverhalten des Probanden abzubilden sucht. Dem entspricht die Verankerung des GT in der psychoanalytischen Persönlichkeitstheorie, während der FPI von der psychophysiologischen Grundorientierung seines Autors geprägt erscheint. Ergänzend zu solchen Breitband-Inventaren setzen sich zunehmend Verfahren zur Kontrolle umschriebener Erlebens- und Verhaltensbereiche durch. So erfasst die Giessener Beschwerdebogen im Grunde genommen die Tendenz des Patienten zur Klagsamkeit, wie sie ins körperliche Erleben projiziert wird (Brähler & Scheer 1978); noch spezifischer auf einzelne psychopathologische Merkmale geeicht, sind Verfahren wie das Beck'sche Instrument zur Erfassung des Schweregrades einer Depression oder der Bulimie-Anorexie Fragebogen von Fichter (1981).

Ein spezielles Problem ist die zeitliche Dimensionierung des Erlebens, die in der Unterscheidung von State und Trait in der Angsttheorie von Spielberger auch messmethodisch seinen Niederschlag gefunden hat. Adjektiv-Checklisten zur Erfassung von Stimmungen (z.B. Janke & Debus 1977) können öf-

ters wiederholt werden und können als Stimmungsbarometer zur Förderung der Selbstwahrnehmung des Patienten dienen.

Ein Vorzug solcher Instrumente ist die Standardisierung, die Verfügbarkeit von Vergleichsgruppen. Trotzdem ist der gruppen-statistische Ansatz der Therapie-Evaluation insofern in Verruf gekommen, als die Veränderungsprozesse einzelner Patienten in vorgegebenen Merkmalen in verschiedene Richtungen laufen kann. Diesem Effekt kann man durch die Bildung bezüglich des symptomatischen Verhaltens möglichst homogener Gruppen entgegenarbeiten.

Viele standardisierte Instrumente, die für diesen Sektor der prozess- und ergebnis-relevanten Phänomene derzeit angeboten werden, werfen das Problem auf, dass jeder Patient am Anfang der Behandlung sein spezielles Ausgangsniveau hat, welches bei vorgegebenen Skalenbreiten in unterschiedlichem Abstand zum Extremwert liegt. Dieses Problem führt dazu, dass je schwerer ein Patient gestört ist, er umso größeren Veränderungsspielraum auf einer Skala hat, während der noch recht gut kompensierte neurotische Patient oft wenig extreme Skalenwerte aufweist und entsprechend scheinbar weniger sich verändert. Das Problem der qualitativen Veränderungen innerhalb des Skalenbereiches ist noch weitgehend ungelöst und führt besonders Kliniker immer wieder dazu, den Wert solch objektivierender Verfahren zu Recht kritisch einzuschätzen. Der Rückgriff auf qualitative Methoden scheint naheliegend und wird in den letzten Jahren auch wieder verstärkt propagiert. Ein Mißverständnis gilt es hier auszuräumen: die klinische Methode, wie oben schon erwähnt, ist nicht per se eine qualitative Methode, denn auch dort gilt es Systematik einzuführen, um die Selektivität des beteiligten Beobachters kontrollieren zu können. Das Problem qualitativer Methoden liegt in ihrer Materialgenauigkeit und damit in ihrer unvermeidlichen Fülle. Ein Korpus von dreißig Interviews mit je ca 30 - 50 Seiten Verbatimtext fordert mit insgesamt 1000 - 1500 Seiten ein Lebenswerk heraus. Trotzdem haben Methoden, die Fallgeschichten oder Verbatimprotokolle systematisch quantifizieren, ihren Stellenwert bei Fragen, wo es um die Erhellung von Erlebnisqualitäten und / oder internen Entscheidungsprozessen geht. So hat Meyer (1985) die Entstehung und Begründung von Deutungen bei drei Psychoanalytikern untersucht, indem er diese im Anschluß an die Sitzung laut denken hieß und die so entstandenen Protokolle nach inhaltlichen Kategorialen dann aufschlüsselte. Ein ähnliches Verfahren mit Patienten durchgeführt, würde sich für die Evaluierung von Behandlungsergebnissen im Hinblick

auf ihre differenzierende Darstellung geradezu anbieten. Soweit mir bekannt ist, wurde ein solcher Versuch im Rahmen des Heidelberger Katamnesenprogrammes durchgeführt, bei der freie Rückblicke des Patienten nach inhaltlichen Kategorien aufgeschlüsselt wurden.

Die Evaluierung von Leistungen scheint Psychotherapeuten am wenigsten am Herzen zu liegen, obwohl die Übernahme der Kosten durch die gesetzlichen Krankenkassen nicht unwesentlich durch die Dührssen'schen Arbeiten gefördert wurde, bei der Krankenhaustage und Fehlzeiten als Leistungsparameter für erfolgreiche Psychotherapie eingesetzt wurden. Gewiss ist bei der Einbeziehung von Leistungen vorgängig die Beziehung zur neurotischen Dynamik zu klären, d.h. für den Einzelfall festzulegen, in welche Richtung die Leistungsveränderung gehen soll. Dies ist bei bei workaholics, z.B. bei arbeitssüchtigen Hochschullehrern vielleicht die Reduzierung der Zahl der Vorträge pro Jahr, bei arbeitsgestörten Studenten vermutlich dann doch die qualifizierende Abschlußprüfung, vorausgesetzt Patient und Therapeut unterscheiden sich nicht prinzipiell in der Anerkennung dieses gesellschaftlichen Wertes.

Um die Beschreibung des Mehrebenenansatzes abzurunden, ist es erforderlich, auch die psycho-physiologische Ebene miteinzubeziehen. Am Beispiel des akuten Angstanfalles lässt sich das Mehrebenenmodell gut erläutern: das subjektive Erleben, das objektivierbare Verhalten und die physiologischen, also zentralnervösen, vegetativ-endokrinen und neuromuskulären Funktionen müssen differenziert werden. Gerade bei psycho-physiologischen, aber auch bei innerpsychologischen Studien hat sich immer deutlicher herausgestellt, dass statt der erwarteten Konvergenzen sich gerade Widersprüche zwischen Aussagen aufgrund verschiedener Informationsquellen und Beschreibungsebenen ergeben (Fahrenberg 1984). Die hier geleistete Grundlagenforschung verweist unmissverständlich darauf, dass Veränderungen im psychotherapeutischen Prozess mehrdimensional angesetzt werden müssen. Die theoretisch postulierte Einheitlichkeit der Person erweist sich als Fiktion und schärft den Blick für die notwendige Bewertung der Veränderungskriterien durch den Kliniker.

Ohne hier einen vollständigen Überblick über derzeit eingesetzte Verfahren geben zu können (s.d.Möller & Benkert 19...; von Zerssen & Möller 19 ..) führe ich noch einige weitere allgemeine Übe

rlegungen zum Verhältnis von Methoden und Ziel der Ergebnisforschung an, die in den letzten Jahren besonders im Rahmen des Heidelberger Katamnesenprogramms ausgeführt wurden (Kordy & Scheibler 19...).

Mit dem Einsatz systematischer Messverfahren sind unvermeidlich Vorentscheidungen nicht nur über den Messbereich getroffen, sondern es werden auch implizit Antworten gegeben, für wen die Evaluierung durchgeführt werden soll. Die allgemeinste Aufgabe jeder Katamnestik ist gewiss die Legitimationsfunktion, für die Hartig folgendes ausführt:

"Gerade weil die Kontroll- und Einflussmöglichkeiten bei psychotherapeutischen Interventionen so außerordentlich groß und schwerwiegend sind, und weil der Psychotherapeut seine Dienste im Grunde genommen an ein abhängiges Publikum verkauft, hat der Psychotherapeut die Pflicht und Verantwortung nachzuweisen, dass seine Dienste maximal wirksam, nicht schädlich und mit den ethischen und demokratischen Prinzipien des Individuums und der Gesellschaft vereinbar sind " 1975, S.3).

Die scientific community hingegen verlangt von der Katamnestik Antworten auf brennende Entscheidungsfragen, die sowohl von praktischer wie auch grundlagenwissenschaftlicher Relevanz sind. Hier lautet die Frage dann: für welche Art von Beschwerden bzw Krankheiten bei welchem Patienten biete welche Therapieform bei welchem Therapeuten welche Chancen zur Veränderung im Hinblick auf vorher festgelegte Therapieziele ? Mit dieser Forderung wurde der Uniformitätsmythos, der in der Frage: wie wirkt Psychotherapie viele Jahre das landläufige Denken bestimmt hatte, beerdigt (Kiesler 1977). Inzwischen ist klar, dass diese Frage nicht durch eine endlose Permutation aller möglichen Vergleiche zu lösen ist. Die wachsende Zahl von Therapieformen bei wachsender Zahl von unterschiedlichen Patientengruppen würde einer solchen Forschungsstrategie ein geradezu utopisches Moment verleihen, wie M.Parloff (1981) ausgeführt hat.

Parloff errechnet bei ca 250 bekannten Therapieformen und 150 diagnostischen Kategorien, die im DSM III aufgeführt sind, eine Zahl von 4,7 Millionen Vergleichsuntersuchungen.

Begründet erscheint für unsre Verhältnisse, wo wir glücklicherweise von einer weitaus geringeren Zahl von differenten Therapieformen ausgehen können, soweit sie in der kassenärztlichen Versorgung einbezogen sind, jedoch, dass sowohl die störungsspezifischen Merkmale zu berücksichtigen wären wie auch die mit einem speziellen Behandlungsverfahren zu erwartenden Veränderungsdimensionen erfasst werden müssten. Unter der Forderung differentieller Ergebnisforschung sind Verfahren und

Messmethode aufeinander abzustimmen. Ein geglücktes Beispiel für einen solchen Vergleich stellt m.E. das Hamburger Kurztherapieprojekt von Meyer (1981) dar, indem psychoanalytische Kurztherapie und klienten-zentrierte Gesprächstherapie als zwei gut begründete und klinisch erprobte Verfahren bei einer randomisierten Zuweisung der Patienten in einem gruppen-statistischen Design miteinander verglichen werden konnten. Überzeugende differentielle Ergebnisse konnte auch Grawe (1976) im Vergleich von Verhaltenstherapie und Gesprächstherapie bei phobischen Patienten nachweisen. Unter klinischen Gesichtspunkten ist jedoch eine individuums-orientierte Evaluationsstrategie von besonderem Interesse. Im Grunde genommen verkörpert die herkömmliche globale Schätzung des Therapieerfolges aufgrund des subjektiven Eindrucks eines Beurteilers- sei dies der Therapeut, der Patient auch noch ein dritter, unabhängiger Katamnestiker- diesen Ansatz. Allerdings verträgt sich dieses Urteil, wenn nur global angegeben wird - geheilt gebessert oder nicht gebessert - nur schwer mit dem Kanon der zu fordernden Intersubjektivität wissenschaftlicher Aussagen. Ein Weg aus diesem Dilemma ist es, zwar mit standardisierten Verfahren zu arbeiten, aber für den einzelnen Patienten individuelle Veränderungsvorhersagen zu treffen. Ein anderer Weg besteht darin, am Anfang behandlungswürdige Symptome festzulegen und diese durch gezielte Katamnesefragen zum Ausgangspunkt für die spätere Erfolgsbewertung zu machen, wie es von Malan (1971), im Stuttgarter und Heidelberger Katamneseprojekt angewendet wurde. Explizit findet dieser Ansatz in dem Verfahren des Goal-Attainment Scaling, der Ziel-Erreichungs-Skalierung, konkrete Verwendung (s.d.Heinz et alii, 1983). Zwei klinisch instruktive Beispiele zu der Leistungsfähigkeit dieses Verfahrens - auch wenn es nicht in der strengen Form durchgeführt wird, zeigt der Bericht aus dem Heidelberger Katamnesenprojekt anhand zweier von Studenten durchgeführter Therapien (Bräutigam 1983, spez. Kap.2.10 von W Sent S.96 ff.).

Methoden zur Evaluierung des Therapieergebnisses sollten m.E. auch als Teil der klinischen Behandlungsroutine eingeführt werden. Es muß dem Therapeuten daran gelegen sein, den Bewertungsvorgang zum gemeinsamen Interesse zu machen, ihn als Teil der Arbeitsbeziehung aufzufassen. Eine Zieldiskussion, die im Laufe der Behandlung wiederholt stattfinden kann, fördert auch die Aufmerksamkeit des Patienten, welche Belange er denn inzwischen für veränderungsrelevant hält.

Mit solchen Überlegungen bewegen wir uns unmerklich aus dem Bereich der ergebnis-orientierten Perspektive in den Bereich der prozess-orientierten Betrachtungsweise. Wie eingangs erwähnt, ist die Feststellung zu einem bestimmten Zeitpunkt - das Ende einer Behandlung - im Grunde genommen genau so arbiträr wie die Festlegung, grundsätzlich eine Therapie erst nach einer bestimmten Zeit zu evaluieren. Wenn überhaupt, dann müsste ein solcher Zeitpunkt in irgendeinem sinnvollen Zusammenhang mit einer Prozesstheorie stehen. Um nochmals in die Vergangenheit zurückzugreifen, Bibring hatte vorgeschlagen, eine Theorie des Verlaufs von einer Theorie des Ergebnisses zu trennen. Die lässt sich mit dem Hinweis belegen, dass der oft benannte Befund, relativ ähnlicher Ergebnisse in verschiedenen Therapieformen nicht zwingend den Schluß zulässt, dass deshalb ähnliche Wirkfaktoren am Werke sein müssen. Gewiss, vieles spricht dafür und in diesem Sinne werde ich auch heute argumentieren, aber es ist denkbar, dass verschiedene Wirkmechanismen ähnliche Veränderungen erzielen.

Natürlich ist es das naheliegende Ziel einer Prozessforschung, die Mittel und Wege zu erkunden, die ein Therapeut und sein Patient zurücklegen müssen, um zur Zufriedenheit beider ans Ziel zu kommen. Darzustellen, mit welchen Methoden sich diese Erkundung vorantreiben lässt, ist hier meine Aufgabe. Ich kann einiges hier verkürzt wiederholen, was im früheren Teil dieser Vorlesung bereits angeklungen ist: Methoden sollten auch hier von der klinischen Relevanz zur Objektivierung voranschreiten, ohne die erstere aus dem Auge zu verlieren, zumindest den theoretischen Bezug der Methoden zu den klinischen Konzepten festhalten.

Ich habe die täglichen Aufzeichnungen als naturalistische Prozessmethode bereits erwähnt. Ein Schritt zur Formalisierung dieser täglichen Aufzeichnungen liegt in der Verwendung von Stundenfragebögen, auf denen Patient oder Therapeut vorformulierte Items ankreuzten und so eine Standardisierung der Informationserhebung eingeführt werden kann. Howard und Orlinski in den USA, bei uns Brähler haben mit solchen Fragebögen Kommunikationserleben zum Kommunikationserleben hute Erfahrungen gemacht. Meyer benutzt diese als Screening-Verfahren um Stunden zu identifizieren, die besondere Konstellationen aufweisen. Knebusch hat ein solches Vorgehen zur Erfassung thematischer Konkordanz eingesetzt ; Sie sehen, es scheint ein nützliches Verfahren zu sein. In der Tat besteht seine große Nützlichkeit darin, dass der entscheidende Schritt der Datenreduktion und Auswahl bereits in der Formulierung der Basisdaten liegt. Die damit verfügbaren Daten sind entweder als ja/

nein Entscheidung oder skaliert verfügbar und damit gut für weitere Auswertungsschritte. Dahl hat 1972 eine Psychoanalytikerin gewonnen, für 55 thematische Bereiche solche Stundenfragebögen über 360 Stunden auszufüllen; die statistische Verarbeitung ergab eine Möglichkeit den - im übrigen negativen Verlauf - dieser Analyse recht zutreffend zu beschreiben. Für das Konzept der Übertragung und des Widerstandes haben Graff und Luborsky (1977) ebenfalls den sinnvollen Gebrauchs des Stunden-Fragebogens beleuchten können. Immerhin haben sie über vier recht lange analytische Prozesse, zum Teilk über 1000 Stunden pro Fall, regelmäßige Angaben vom Therapeuten zu den zwei zentralen behandlungstechnischen Konzeptionen. An solchen Beispielen wird besonders deutlich, wie unvollständig und hochgradig selektiv eine klinische Fallstudie solche Verläufe wiedergeben muß. Ob unser Unbewusstes hier die den Fall kennzeichnenden Auswahlen treffen würde, überzeugt mich sowohl als Psychoanalytiker nicht wie auch als ein an methodischen Problemen inzwischen im Zweifel konformierten Therapieforscher.

In der psychodynamischen Literatur tut man sich schwer, ähnliche systematische Langzeiterhebungen vom Patienten zu verlangen; dies klinisch zu diskutieren, wäre eine eigene Veranstaltung. In der behavioralen Technik fällt dies entscheidend leichter und wird entsprechend vielfältig eingesetzt. Um aber den Patient trotzdem zu Worte kommen zu lassen, ist die Einführung von Aufzeichnungstechniken mit Tonband oder Video geradezu unerlässlich. Immerhin können aufgrund von Verbatimtranskripten engagierte Leser, die sich mit dem Patienten identifizieren, recht gut dessen Behandlungsperspektive erfassen. Wir haben diese Erfahrung mit Medizinstudentinnen machen können, die aus Verbatimprotokollen die Selbstwertprobleme einer hirsutischen Patientin recht gut entziffern konnten. Externe Beurteiler können zur qualifizierten Kennzeichnung von Patienten und Therapeutenvariablen eingesetzt werden, von den Klaus Grawe die wichtigsten - für die Prozess- Ergebnis Gleichung bedeutsamen - in den nächsten Tagen zusammenfassend schildern wird.

Die Variablen sind keine natürlichen Größen, sondern stehen in einem mehr oder weniger reflektierten Zusammenhang zu den vom Kliniker benützten Prozesskonzeptionen. Einsicht als Prozessvariable bei einer Desensibilisierung muß anders operational gefasst werden als für eine Langzeitanalyse; der veränderte Umgang mit Träumen dürfte ein exklusiv-psychoanalytisches Prozesskonzept sein; bei der Übertragung wollen zurückhaltend sein und noch abwarten, wie Übertragungsprozesse in nicht-analytischen Techniken aussehen könnten. Nach der Entdeckung des Widerstandes besteht dafür eini-

ge Aussicht. Zumindest machen die neueren Formulierungen von Gill und Hoffmann (1982) oder von Strupp (1985) es möglich, Übertragung auf einen harten beobachtbaren Kern von maladaptive vicious circles zu reduzieren, der auch ohne die genetische Erklärungsperspektive existieren kann.

Umgekehrt ist einleuchtend, dass die von Grawe und Mitarbeitern entwickelte Plananalyse als vewrfahren der Prozessforschung sich zur Untersuchung psychodynamischer Prozess hervorragend eignet, weil sie die interne Verarbeitungsstragien des Individuums im Hinblick auf Umweltanforderungen in den Mittelpunkt des Ansatzes stellt und gleichzeitig eine dynamische, zeitlich veränderbare Konzeption darstellt.

Als Methode erfordert sie die Video-Aufzeichnung, da nonverbale Aspekte des verhaltens wichtige Informationen zur Funktionalität. zur Zielorientierung dieses Verhaltens dienen.

Prozessforschung geht methodisch immer weiter in Verhaltensbereiche, die überhaupt nur mit neuen Technologien erschlossen werden können. Das FACS von Ekman, welches Krause (1981) im deutschen Sprachraum zur Mimikanalyse eingeführt hat, setzt erstklassige Video-Qualität voraus. Die Analyse von Schallfrequenzen zur Identizierung von emotionalen Austauschprozessen steht m. E. nach den vorliegenden Ergebnisse der Mutter Kind Forscher (s.d. Papouschek & Papouschek, 19..) kurz bevor; es dürfte naheliegend sein, Veränderungen der Therapeut -Klient Beziehung auch am Ton zu identifizierung, der ja schließlich die Musik macht. Die Einführung der Sprech-Pausen Analyse wa eines der ersten Beispiele für den hier gemeinten Technologie- Schub in der Therapieforschung (Casotta, Feldstein & Jaffe 1964); praktisch zehn Jahre später folgte die Implemtierung dieses Verfahrens am Giessener Sonderforschungsbereich durch Brähler & Zenz (1974). Charakteristisch für solche Verfahren ist der lange Vorlauf, bis die technischen Probleme gelöst sind; dann allerdings können mt bestehender Methodik in relativ kürzerer Zeit eine Vielfalt von Fragestellungen bearbeitet werden, wie der Einsatz der On-Off Pattern Methodologie in der Einzelpsychotherapioe, der Paartherapie, selbst in der Familientherapie inzwischen gezeigt hat.

Als wir in Ulm 1970 mit einem Projekt zur Verlaufsuntersuchung von Psychoanalysen begannen und mit Tonbandaufzeichnungen solcher Prozesse in psychoanalytisches Neuland vorstießen, dauerte es nur wenige Jahre, bis mir sowohl durch die praktischen Probleme des Umfanges des entstehenden Textkorpus wie auch aus dem Studium der Literatur klar wurde (Dahl , Spence ,Laffal), dass die Analyse umfangreicher Texte sich auch mit der sich entwickelnden Methodologie computer-gestützte

Textanalyse beschäftigen müsste. Was inzwischen - fünfzehn Jahre später daraus geworden ist, habe ich vermutlich nur wenige von Ihnen bisher wahrgenommen, weil wir die technologischen Entwicklungsphase der sog. ULMER TEXTBANK (Mergenthaler 1986) noch nicht ganz abgeschlossen haben und deshalb nur exemplarische Analysen durchgeführt haben, um unsere Geldgeber, die Deutsche Forschungsgemeinschaft zu überzeugen, das Unternehmen mit DM 2 Millionen bisher zu fördern. Immerhin sind bereits über 40 Kunden aktiv und passiv - dh als Geber und Nehmer von Texten und Textanalysen in unserer Kartei. Diese eigenen Schwerpunktsetzung reflektiert m. E. eine unerlässliche Entwicklung, um der vorhandenen Komplexität psychotherapeutischer Prozesse erfolgreich beschreibend und dann auch erklärend zu Leibe rücken zu können. Die Aufgabe des klinisch Tätigen besteht in dieser Entwicklung dabei, die Ergebnisse kritisch mit seinen eigenen Erfahrungen abzugleichen; dazu muß er sie erst einmal kennenlernen, sich mit ihnen vertraut machen und ihre Relevanz abschätzen zu können. Ich hoffe, dass meine Ausführungen ein bisschen dazu beigetragen haben, dass den Graben zwischen Klinik und Forschung etwas zugeschüttet zu haben.

Benjamin L (1974) Structural analysis of social behavior. Psychological review 81:392-425

Bente G , S Frey & H P Hirsbrunner (1984) Analyse nonverbaler Interaktionen als Mittel der Prozessforschung. in U Baumann (1984) Psychotherapie: Makro- / Mikroperspektive. Verlag für Psychologie - Hogrefe. Göttingen ,S.240 - 264

Lindau 1987

Brähler E & JW Scheer (1978) Skalierung psychoneurotischer Beschwerden-Komplexe mit dem Giessener Beschwerdebogen GBB. Psychother. Psychosom Med Med Psychol 29:14-27

Brähler E & H Zenz (1974) Apparative Analyse des Sprechverhaltens in der Psychotherapie. Zsch Psychosom. Med Psychoanal.20:328-336

Bräutigam W , W Knauss & HH Wolff (Hrg.) (1983) Erste Schritte in der Psychotherapie. Erfahrungen von Medizinstudenten, Patienten und Ärzten mit Psychotherapie - Michael Balint als Lehrer. Springer, Heidelberg

Casotta FM,S Feldstein & D Jaffe(1964) AVTA: a device for automatic vocal transaction analysis. J experim. analysis behavior 7: 99-104

Dahl H (1972) A quantitative study of psychoanalysis. in RS Holt & E Peterfreund (Ed) Psychoanalysis and Contemporary Science Vol.1 p.237-257

Dewald P A (1972) The Psychoanalytic Process:_ A Case Illustration. Basic Books, New York

Fahrenberg J (1984) Methodische Überlegungen zur Mehrebenen-Prozessforschung. In U Baumann (1984) Psychotherapie: Makro- / Mikroperspektive. Verlag für Psychologie - Hogrefe. Göttingen,S.198 - 222

Fichter M M (1981) Zur Verhaltenstherapie und Prognose der Pubertätsmagersucht. In: Meerman R (Hrg.) Anorexia Nervosa. Enke, Stuttgart 1981, S.238-253

Graff H & L Luborsky (1977) Long-term trends in transference and resistance: A report on a quantitative method applied to four psychoanalyses. J.Am.Psychoanal. Ass. 25:471-490

Lindau 1987

Grawe K (1976) Differentielle Psychotherapie I. Indikation und spezifische Wirkung von Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie. Huber, Bern

Heinz M , H Schuth & WR Minsel (1983) Goal attainment Scaling: some experiences within the context of family therapy. in WR Minsel & W Herff (Eds) Methodology in Psychotherapy Rsearch. Lang Frankfurt-Bern

Kächele H (1985) Forschungsstrategische und methodische Probleme der psychoanalytischen Prozessforschung. Texte: zur Theorie und Praxis der Psychoanalyse 5:393-417

Krause R (1981) Sprache und Affekt. Das Stottern und seine Behandlung. Kohlhammer Stuttgart

Krambeck J & A Lorenzer (1974) Verstehen, >Hermeneutik und "falsches Verständigt sein". in W Schraml & U Baumann (1974) Klinische Psychologie II. Methoden, Ergebnisse und Probleme der Forschung. Huber Verlag, Bern

Mergenthaler E (1985) Textbank Systems. Springer Heidelberg, dt. (1986) Die Ulmer Textbank. Entwurf und Realsierung eines Textbankverwaltungssystems als Beitrag der Angewandten Informatik zur Forschung in der Psychoanalyse

Parloff MB (1981) Psychotherapy evidence and reimbursement decision: Bambi meets Godzilla. Paper presented to the 12th annual meeting of the Society for Psychotherapy Research

Strauß B & H Appelt (1985) Veränderungen von Befindlichkeit und Sexualität im Verlauf des Menstruationszyklus - eine einzelfallstatistische Analyse standardisierter Tagebuchaufzeichnungen. in H.Appelt & B.Strauß (1985) Ergebnisse einzelfallstatistischer Untersuchungen in Psychosomatik und klinischer Psychologie. Springer, Heidelberg

Lindau 1987

Strotzka H (1975) Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen. Urban & Schwarzenberg,
Wien-München