

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ (peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen,
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Ausgabe 20/2016

Perspektiven der Psychotherapieforschung und Ansätze für integrative Orientierungen

*Michael Märtens, Hilarion G. Petzold (1995a/2016)**

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>).

Einleitung

Der Jungianer *James Hillmann* hat zusammen mit *Michael Ventura* 1992 ein Buch veröffentlicht, welches den Titel trägt: „100 Jahre Psychotherapie, und der Welt geht's immer schlechter“. Sicherlich erscheint es etwas hoch gegriffen, würde man erwarten, daß Psychotherapie für den Zustand unserer Welt verantwortlich sein könnte; jedoch kommt man an der grundsätzlichen Forderung, daß sie zur Verbesserung unserer Welt beitragen sollte, wohl nicht vorbei, auch wenn man ihre Wirkungen auf die globale Weltsituation wohl kaum als ausschlaggebend ansehen kann. Ob in diesem Titel eine problematische psychotherapeutische Hybris enthalten ist oder ob der Titel eine gute Projektionsfläche zur Entfaltung derartiger Größenphantasien einschließlich ihrer Kehrseite mit den dazugehörigen Minderwertigkeitsgefühlen ist, soll hier nicht entschieden werden. *Freud* beklagte, daß es schwer sei, die gesamte Menschheit zum Patienten zu haben, und *Moreno* sah als ultimatives Ziel therapeutischen Handelns „the whole of mankind“.

Von Psychotherapie wird also immer wieder gefordert, daß sie die Lebensqualität von Menschen individuell und auch in der Gemeinschaft aller Menschen verbessern solle (*Petzold* 1994), so daß mehr oder weniger starke Auswirkungen durch psychotherapeutisches Denken und Handeln zumindest in lokalen Bereichen unserer Welt zu erwarten seien. Die schon recht weit fortgeschrittene Psychologisierung unserer Alltagssprache, wie sie von *Schulze* (1992) in verschiedenen Formen einer „Erlebnisgesellschaft“ beschrieben werden, so wie die sich darin unter Umständen ausdrückenden Veränderungen des Denkens, müssen hier genannt werden, wobei diese Entwicklung sicherlich positive und negative Aspekte aufweist. Die Beziehung zwischen den beiden Worten Psychotherapie und Welt bleibt in der Formulierung von *Hillmann & Ventura* unbestimmt. Entweder handelt es sich um eine „weil-dann-Verknüpfung“: weil die Psycho-

therapie versagt hat oder zu schlecht ist, geht es der Welt schlechter; oder aber um eine einfache Konjunktion (im Sinne der formalen Logik um eine „und/oder oder beides“-Verknüpfung; siehe z.B. *Quine* 1969), die konstatiert, daß es hier zwei Entwicklungen gibt, nämlich einerseits die Entstehung von Psychotherapieformen und andererseits eine negative Entwicklung in der Welt, wobei die Art des Wechselspiels zwischen diesen beiden Bereichen offen bleibt.

In einer Erweiterung dieser provokativen Behauptung müßte man für den Bereich der Psychotherapieforschung fragen, „50 Jahre Psychotherapieforschung, und den Therapeuten geht's immer schlechter“, womit wir bei der Frage nach der Beziehung zwischen Psychotherapieforschung und Psychotherapiepraxis wären. Hier haben sich zwei gegensätzliche Auffassungen entwickelt, wobei schon vorweggenommen sei, daß eine sinnvolle Position sicherlich zwischen diesen Extremen liegt.*

Auf der einen Seite stehen Psychotherapieforscher, die aus ihren Ergebnissen eine Weiterentwicklung und Grundlegung der psychotherapeutischen Praxis ableiten möchten (z.B. *Grawe, Donati, Bernauer* 1994; *Grawe, Braun* 1994; *Schulte* 1992; *Orlinsky* 1994; *Luborsky* 1994), also der Forschung eine Vorreiterrolle in der Entwicklung psychotherapeutischer Tuns einräumen. Dem gegenüber steht die Meinung, daß die Rolle der Forschung in diesem Bereich anders zu sehen ist, daß nämlich die Forschung der Praxis folgt und ihre Aufgabe in der Fundierung und wissenschaftlichen Erforschung der psychotherapeutischen Phänomene besteht, also keine neue Praxis schafft. So beschreibt *Stiles* (1992) Psychotherapieforscher als „Konsumenten der Ideen der Praktiker“, die ganz in der Tradition von *Popper* (1934) stehen und Theorien nie beweisen können, sondern nur insofern erforschen, als sie ihre Falsifikation betreiben, um dann bei der Erkenntnis stehen zu bleiben, daß eine überprüfte Theorie momentan annehmbar ist, solange keine bessere verfügbar ist.

Zum augenblicklichen Ergebnisstand der Psychotherapieforschung hinsichtlich ihrer wissenschaftlichen Erforschung des Gegenstandes Psychotherapie kann man feststellen, daß diese *Poppersche* Tradition offensichtlich fortbesteht. Zu vielen wesentlichen Annahmen therapeutischer Schulen finden sich in den überwiegenden Fällen – aus-

* Wo die Ursprünge der empirischen Psychotherapieforschung zu suchen sind – also ob es *Franz Alexander* mit seiner ersten Erfolgsstatistik am Berliner Psychoanalytischen Institut 1937, *Moreno* mit seinen sozialtherapeutischen, soziometrischen Untersuchungen im Flüchtlingslager Mittendorf 1917, *Earl Zinn* 1933 mit seinen ersten Tonbandaufzeichnungen, oder *Edward Glover* mit seinem Fragebogen an die Mitglieder der Britischen Psychoanalytischen Vereinigung gewesen ist, oder aber die eigentlich systematische Erforschung therapeutischer Prozesse mit *Rogers* Bemühungen in den vierziger Jahren begonnen hat – soll hier nicht entschieden werden (siehe hierzu z.B. *Kächele* 1990, *Orlinsky & Russell* 1994).

gehend von den Forschungsergebnissen – negative Befunde. Für viele als zentral angesehenen Strategien (z. B. Deutungen als Voraussetzungen für individuelle Symptombesserungen oder die Notwendigkeit, Familienstrukturen zu ändern, um das Verhalten eines „Symptomträgers“ zu ändern) konnte ein Beitrag zur Verbesserung krankheitsrelevanter Störungen kaum nachgewiesen werden. Sie erwiesen sich außerdem oft nicht als exklusive Phänomene, die nur in bestimmten Therapieverfahren anzutreffen sind (Meyer 1990; Shapiro et al. 1994; Orlinsky, Russell 1994; Russel 1994). Die meisten essentiellen Theoriebestandteile der Therapieschulen stehen zur Disposition, wenn man die Ergebnisse der variablenorientierten Befunde von Meta-Analysen therapeutischer Methoden und Therapieformen betrachtet, wie es Shapiro und Mitarbeiter in einer differenzierten methodenkritischen Meta-Analyse vorgeführt haben:

„Die Ergebnisse dieser Meta-Analyse zeigen, wie wenig substantiell unser empirisches Wissen über effektive therapeutische Techniken ist. Unsere Ansätze zur Validierung grundlegender Elemente wie Interpretation, Fokussierung auf Gefühle und Exploration hinsichtlich ihrer Beziehung zum Outcome waren bemerkenswert erfolglos. ... Obwohl einige Interventionen erfolgreicher als andere erscheinen, wurden ihre Unterschiede zur marginalen statistischen Bedeutsamkeit reduziert, wenn mittels multipler Regressionsanalysen die methodischen Variationen zwischen den Studien kontrolliert wurden. Diese Befunde sind gleichermaßen herausfordernd, ob man sie als Widerspiegelung der Grenzen des Forschungsparadigmas und der benutzten Methoden oder der Techniken selbst interpretiert.“ (Shapiro et al. 1994, S. 30, übers. v.A.)

Hieraus wird weiter der Schluß gezogen, daß die verfügbare Prozeß-Outcome-Forschung keinen nennenswerten Effekt für einen Behandlungsausgang nachweisen kann. Deshalb wurde auch schon 1990 von Tschuschke und Czogalik der Schluß gezogen, daß die Forschung zu diesen Fragen gerade erst begonnen hat. Falls die Ergebnisse der Forschung doch einmal praxisrelevant sind, kann es sich dabei eigentlich eher nur um „Abfallprodukte der Forschung“ handeln, die zufällig entstanden sind, da sie intentional nicht angestrebt worden sein können (Stiles 1994, S. 155). Eine Forschungstradition, die sich vor allem mit der Falsifikation theoretischer Annahmen und der damit verbundenen Praxis beschäftigt, wird natürlich verständlicherweise leicht als unerwünschte Qualitätskontrolle gesehen, die von Praktikern dann wegen ihrer Irrelevanz (Bergin, Garfield 1994, S. 14; Jaeggi 1994) und ihres Kontrollhabitus abgelehnt wird (J. Greenberg 1994). Jaeggi beschreibt diese Forschungsbemühungen als „kleine Vergewaltigung der Komplexität“ (Jaeggi 1991, S. 124). Diese Art der Komplexitätsreduktion ist sicherlich eine Ursache für die negative Bewertung dieser Form der Psychotherapieforschung bei vielen praktizierenden Therapeuten, die von den Befunden nichts halten, weil sie ihrem Verständnis der Komplexität therapeutischen Alltagshandelns nicht Rechnung tragen.

Auch im Bereich der Psychotherapie machen sich immer stärker Bemühungen zur Qualitätssicherung und Verbesserung in Forschung und Weiterbildung bemerkbar (siehe z.B. Richter 1994; Petzold, Orth 1994; Petzold, Lemke, Rodriguez-Petzold 1994, i.D.), so daß hierzu geklärt werde sollte, was angemessene Formen der Sicherung und Weiterentwicklung im Rahmen unterschiedlicher Therapiekonzepte unter unterschiedlichen Arbeitsbedingungen sind. Linder, Klein & Funke (1994, S. 75) weisen im Bereich der stationären Suchtbehandlungen darauf hin, daß wohl noch zu wenig über die tatsächliche „Qualität der Qualitätssicherung“ nachgedacht wird, und warnen vor der blindwütigen Anwendung von Erhebungsinstrumenten. Mit der Forderung nach Qualitätssicherung ist die Frage der Meßbarkeit eines Therapieerfolges einerseits und das Problem der Einigung über die zu messenden Variablen andererseits verbunden.

Im Rahmen der von der WHO 1984 entwickelten Vorstellungen zur Entwicklung der Gesundheitsversorgung wurden alle Mitgliedstaaten aufgefordert, sich um eine Qualitätssicherung zu bemühen, was in der BRD 1988 in der 1. Gesundheitsreform im Sozialgesetzbuch V (SGB V) gesetzlich verankert wurde. Es sieht vor, daß Kriterien für Qualitätsbeurteilungen erstellt werden müssen. Psychotherapie fällt im Rahmen der EGweit geregelten Normierungsbemühungen unter die Dienstleistung, also unter die ISO-Norm 9004. Donabedian unterschied 1966 (zit. n. Schulte 1993) drei Dimensionen der Qualität, die sich allgemein durchgesetzt haben: Strukturqualität, Prozeßqualität und Ergebnisqualität. Unter Strukturqualität wird die Ausstattung der dienstleistenden Organisation sowie die Qualifikation der Mitarbeiter verstanden, also die Voraussetzungen dafür, daß überhaupt eine Leistung erbracht werden kann, während unter Prozeßqualität gefaßt werden soll, welche Vorgänge, z.B. Diagnostik, Verlaufsplanung etc., unabdingbare Bestandteile der Dienstleistung sein sollen. Unter die Ergebnisqualität fällt dann die Frage nach den angemessenen Gütekriterien erfolgreicher therapeutischer Behandlungen oder Beratungen sowie deren Erhebung (vgl. hierzu als Überblicksarbeit: Luborsky et al. 1988; Schulte 1993; Kazdin 1994; Lambert, Bergin 1994; Lambert, Hill 1994; zu speziellen Aspekten: Strupp, Schacht, Henry 1988; Lambert 1992; Stuhr, Denneke 1993; Alexander, Holtzworth-Munroe, Jamson 1994; Lábate, Bagarozzi 1993; Fachausschuß Sucht 1994; McCullough 1994; zur Frage der Subjektivität der Erfolgsbeurteilung aus Klientensicht: Priebe, Polzer 1992; Priebe 1992; Orlinsky, Geller 1994; Stieglitz 1994).

Vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger wird betont, daß allen Ebenen der Qualitätssicherung eine eigenständige Bedeutung zukommt und daß sie als unabhängig erfaßt werden sollten. Da

das Erreichen der meisten Ziele auf allen drei Ebenen oft mit weiteren Kosten verbunden ist, stellen sie häufig konkurrierende Ziele zur Wirtschaftlichkeit dar (VDR 1992, S. 215, zit. n. *Linder et al.* 1994, S. 73).

Mit diesen Hinweisen kommen wir zurück zur Einschätzung der Lage der Psychotherapeuten angesichts schwindender finanzieller Ressourcen, die eine Entlohnung der Behandlungen in den letzten Jahren in einigen Bereichen für die Behandler vor allem bei gesetzlichen Kassen erheblich verschlechtert hat. Von daher ist also auf diesem Sektor durchaus davon zu sprechen, daß es Therapeuten schlechter geht. Auf der Seite der Psychotherapeuten hat sich im Zuge eines „Punkteverfalls“ bei der Berechnung psychotherapeutischer Leistungen, die besonders angesichts einer nicht unerheblichen Inflationsrate besonders gravierend wirkt, eine resignative Stimmung verbreitet. Während der durchschnittliche Stundensatz Ende 1990 noch 107,73 betrug, wurden Ende 1993 nur noch 93,54 DM im Bereich der KV Nordrhein vergütet. Dies bedeutet, daß ein Psychologe, der 95% seiner Leistungen über die KVen abrechnet, ungefähr auf einen Nettostundenlohn von knapp 16 DM kommt (nach *Jacob* 1994). Die Zusammenhänge werden bei anderen Berufsgruppen in der psychotherapeutischen und beratenden Versorgung nicht wesentlich besser aussehen. Trotz wissenschaftlicher Evaluation, die die grundsätzliche Effektivität therapeutischer Behandlungen zeigen konnte, also die Verbesserungen durch Psychotherapie auf der Klientenseite belegt (z.B. *Grawe, Donati, Bernauer* 1994; *Bergin, Garfield* 1994; *Zielke* 1993; *Bretz, Heekerenz, Schmitz* 1994 für die Gestalttherapie), läßt sich diese Entwicklung feststellen.

Grawe und Mitarbeiterinnen (1994) geben allerdings auch noch vielfältige Hinweise auf die potentiellen Kosteneinsparungen, die sich durch eine gezielte und rechtzeitige Anwendung psychotherapeutischer Hilfen erreichen lassen. Sie machen deutlich, daß zusätzliche Kosten für Psychotherapie an anderen Stellen zu erheblichen Kosteneinsparungen führen können, so daß sie auch eine Sparmaßnahme darstellen können, die daneben noch mit erheblichen Verbesserungen der Lebensqualität für die Nutzer einhergeht, die neben den wirtschaftlichen Überlegungen weiter positiv ins Gewicht fallen. Hier liegen aufgrund der Befunde der empirischen Psychotherapieforschung objektivierte Daten vor, die eine solide Argumentationsgrundlage darstellen und weit über die persuasive Evidenz individueller Fallberichte hinausgehen und so für politische Entscheidungsprozesse unterschiedlicher Art relevant sind. Weitere Forschung in diesem Bereich zu spezifischen Effekten ist notwendig.

Welche Leistungen haben die Ergebnisse der Psychotherapieforschung aber für die subjektive Seite der Therapeuten, ihre Arbeitsfähigkeit und Kompetenz sowie ihre Arbeitszufriedenheit erbracht? Sind Therapeuten aufgrund der Ergebnisse glücklicher geworden,

weil sie ihre Arbeitsweisen oder ihr Arbeitssetting z.B. aufgrund von Forschungsergebnissen verändert haben und jetzt besser und zufriedener arbeiten? Leider liegen hierzu noch keine umfangreichen Informationen vor, die allerdings von einem großen internationalen Forschungsvorhaben erwartet werden, welches sich mit der Entwicklung von Therapeuten differenziert beschäftigt und vielleicht als Abfallprodukt auch etwas über diese Zusammenhänge offenbar werden lassen könnte (siehe in *Cierpka et al. 1993; Ambühl 1994*; in Deutschland wird eine Studie zu den Erwartungen von Therapeuten an die Psychotherapieforschung durchgeführt). *Skovholt & Ronnestad (1992)* haben ein Entwicklungsmodell von Psychotherapeuten in Amerika anhand von semistrukturierten Interviews mit 100 Psychotherapeuten entwickelt. Dabei kamen sie zu einer Klassifikation nach fünf Gruppen, die entsprechend der Entwicklung und dem Ausbildungsstand gebildet wurden:

- (1) Therapeuten zu Beginn ihrer Ausbildung,
- (2) in fortgeschrittener Ausbildung sich befindende,
- (3) praktizierende Therapeuten mit annähernd fünf Jahren Berufserfahrung,
- (4) Therapeuten mit annähernd fünfzehnjähriger Berufserfahrung,
- (5) Therapeuten mit annähernd fünfundzwanzigjähriger Erfahrung, wobei hier anzumerken ist, daß der Berufsstand der Psychotherapeuten ja kaum länger besteht, so daß längergehende Erfahrungen nur bei einer kleinen Stichprobe zu erwarten sind.

Interessant an diesem Modell ist, daß hier kritische Punkte in der beruflichen Entwicklung festgemacht werden, die sich um phasenspezifische Themen organisieren. Als eine besonders kritische Phase wird dabei der Übergang von der Ausbildung zur eigenen beruflichen Tätigkeit gesehen, die die erheblichsten Belastungen mit sich bringt. Als Ziel der langjährigen professionellen Individuationsprozesse, kombiniert mit professioneller Weiterbildung, steht ein Phänomen, das sie beschreiben als die Integration des *therapeutischen Selbst* in das *persönliche Selbst* und das von ihnen als Abschluß der Entwicklung einer Therapeutenlaufbahn gesehen wird. Wenn man psychotherapeutische Prozesse als Begegnungen zwischen Menschen betrachtet, dann ist es sicherlich hilfreich, die Vorgänge, die hier stattfinden, auch auf dem Hintergrund von Entwicklungsprozessen der Therapeuten zu reflektieren und nicht einfach als unidirektionale Einwirkungen eines Menschen auf einen anderen, so daß man sich nur mit den Entwicklungsprozessen oder aber den Blockaden auf der Seite des Klienten beschäftigen muß. *Maturana* und *Varela* haben diese Vorstellung unidirektionaler Beeinflussungsvorgänge mit der Feststellung angegriffen, daß es „keine instruktiven Interaktionen“ im sozialen Feld zwischen Menschen gibt: „Diese soziale Phänomenolo-

gie beruht darauf, daß die beteiligten Organismen im wesentlichen ihre individuellen Ontogenesen als Teil eines Netzwerkes von Ko-Ontogenesen verwirklichen“ (Maturana, Varela 1987, S. 209).

Über Ko-Ontogenesen von Therapieforschern und Praktikern gibt es keine differenzierten Untersuchungen, so daß man lediglich auf feldspezifische Eindrücke zurückgreifen kann. Diese legen allerdings nahe, daß Therapeuten aufgrund der Ergebnisse der Therapieforschung eher nicht zufriedener und glücklicher geworden sind. Dies liegt daran, daß sie generell die Ergebnisse für ihre Praxis als unbedeutend erachten oder daß sie sich über die Ergebnisse der empirischen Forschung ärgern, wenn sie die eigene Schule in Mißkredit bringen, weil entweder keine oder zu wenig Forschungsergebnisse vorliegen, die eine Anwendung durch einen Nachweis der Effektivität legitimieren können. Caspar schreibt hierzu noch:

„Hier müssen sich Forschungsinteressierte auch selber darüber klar werden, ob sie denken, daß ihre Therapie im Durchschnitt gut ist, oder ob es nur einzelne gute Therapeuten gibt. Wenn sie nur diese untersuchen, müssen sie redlicherweise dann darauf hinwirken, daß nur solche Therapeuten später zertifiziert werden und sich mit den hoffentlich erreichten Wirksamkeitsnachweisen schmücken können.“ (Caspar 1993, S. 98)

Wesentlich komplizierter wird also die Frage nach der Wirkung therapieschulenspezifischer Vorgehensweisen noch besonders dadurch, daß es deutliche Hinweise darauf gibt, daß es prinzipiell erfolgreiche und weniger erfolgreiche Therapeuten gibt (Crits-Christoph, Mintz 1991). Wahrscheinlich sollte man hier etwas vorsichtiger formulieren, daß es zumindest Phasen in der therapeutischen Tätigkeit gibt, in denen Therapeuten effektiver und ineffektiver sind, um dieses Phänomen nicht voreilig als stabiles Persönlichkeitsmerkmal erscheinen zu lassen. Außerdem müßte sicherlich noch in Betracht gezogen werden, daß es vielleicht für jeden Therapeuten bestimmte Klienten gibt, zu denen sie eine besonders gute Beziehung kombiniert mit hilfreichen therapeutischen Angeboten aufnehmen können, während es andere Klienten gibt, bei denen eine erfolgreiche Therapie eher unwahrscheinlich ist. Im statistischen Mittel bleibt dann wahrscheinlich ein Phänomen bestehen, daß manche Therapeuten für ein weiteres Spektrum von Störungen und bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen geeignet sind, während andere eine kleinere Klientengruppe optimal betreuen können.

Ausgehend von einer Reanalyse von Crits-Christoph et al. (1991) wurden die Ergebnisse einiger viel zitierter Outcome-Vergleichsstudien daraufhin analysiert, welchen Anteil bestimmte Therapeuten zum Gesamtergebnis in positiver und negativer Hinsicht beitragen. Dabei stellt sich heraus, daß einige Therapeuten einen besonders großen Anteil an Besserungen der Klienten bewirken konnten, also die Überlegenheit des therapeutischen Verfahrens vor allem auf diese The-

rapeuten zurückzuführen ist. Es bleibt also auch hier noch fraglich, in welchem Umfang therapieschulenspezifische Techniken für das Ergebnis verantwortlich gemacht werden können. Interessant wäre in diesem Zusammenhang auch die Frage, ob „erfolgreichere Therapeuten“ vielleicht bestimmte Therapierichtungen bevorzugen und in welcher Ausbildungsphase sie besonders erfolgreich sind und welche Phasen mit Mißerfolgen für Lernprozesse notwendig sind. Die Schlußfolgerung der Überlegenheit der einen Methode über die andere bleibt also problematisch, und zwar besonders dann, wenn Wirksamkeitsunterschiede bei unterschiedlichen Störungen sofort mit allgemeinen methodischen Vorgehensweisen einer therapeutischen Richtung erklärt werden sollen.

Deshalb fordert Lambert (1991, S. 9) nachdrücklich, daß eine Untersuchung tatsächlicher therapeutischer Kompetenz dringend erforderlich ist, da bisher lediglich ungeeignete Indikatoren (z.B. Alter, Erfahrung, Ausbildungsqualität und Dauer etc.) zur Bestimmung von therapeutischer Kompetenz verwendet wurden, so daß das *tatsächliche kompetente Therapeutenverhalten im Grunde noch völlig unerforscht ist*. In diesem Bereich sind also erneute offene Beobachtungsverfahren (z.B. Hill 1994) gefordert, um weitere Einsichten zu erbringen. Die von Petzold (1983i) und Mitarbeitern (et al. 1994) betonte Unterscheidung von *Kompetenz* (Fähigkeiten, Wissen) und *Performanz* (Fertigkeiten, Können) verweist auf zwei Dimensionen, die für eine differenzierende Beurteilung der Therapeutenvariablen fruchtbar sein könnte. Auf jeden Fall muß der Kompetenzbegriff geklärt werden.

Hier muß allerdings dahingestellt bleiben, ob „erfolgreiches Therapeutenverhalten“ (auch hierfür sind die Kriterien noch weitgehend unpräzise) nicht nur retrospektiv, also in einem empirischen Zirkelschlußverfahren ermittelt werden kann, indem man nach Abschluß erfolgreicher Behandlungen dann die erfolgbringenden Interventionen identifiziert. Das Identifizieren falscher Interventionen erscheint oft leichter, da Klienten störende Interventionen z. B. durch ein Fernbleiben von weiteren Sitzungen klarstellen. Hier liegt sicherlich noch ein weiteres interessantes Forschungsfeld, das sich mit der intensiven Erforschung mißlungener Prozesse beschäftigt, damit man nicht immer im Umfeld einer Bestätigung jener Prozesse bleibt, die erfolgreich waren. Wie schwer das Erfassen therapeutischer Kompetenz ist, zeigen die Befunde, daß oft therapeutische Kompetenz, besonders wenn sie als Therapietheoriekonformität operationalisiert wurde, negativ mit Verbesserungen von Patienten korreliert (z. B. Svartberg, Stiles 1994). Wird therapeutische Kompetenz allerdings nicht über normative therapieschulenspezifische Verhaltensweisen festgestellt, bleibt nur die andere unbefriedigende Alternative eines empirischen Zirkelschlusses, nämlich das therapeutische Verhalten retrospektiv als

effektiv zu charakterisieren, welches zu konstruktiven Veränderungen bei Klienten geführt hat.

Drei Gründe können für das neue Interesse an einer *Prozeßforschung* verantwortlich gemacht werden:

(1) Da ein Beleg für die generelle Wirksamkeit vorliegt, kann sich die Forschung wieder vorrangig damit beschäftigen, Erkenntnisse über ihren Gegenstand zu sammeln, anstatt dessen Nutzen zu demonstrieren, was *Greenberg* (1991, S. 3) für eine ungewöhnliche Vorgehensweise im Bereich der Wissenschaft hält, die sich normalerweise zuerst mit der Erforschung ihres Gegenstandes beschäftigt und anschließend damit, wozu etwas nützlich ist.

(2) Durch eine Beschäftigung mit den Prozessen werden Erkenntnisse über Mechanismen erwartet, die dann zu einer Verbesserung der Versorgung von Klienten führen könnten, wobei ausgehend von den schon angeführten Schwierigkeiten sich hier ein kurzfristiger Optimismus sicherlich verbietet.

(3) Der augenblickliche Ergebnisstand der Forschung wirft viele neue interessante Fragen auf, da er zeigt, daß viele zentrale schulenspezifische Vorstellungen über Zusammenhänge zwischen theoretischen Annahmen und Effekten nicht zutreffend sind (so z. B. *Weiss* 1990, S. 122). Sie können also als falsifiziert im Sinne *Poppers* angesehen werden. Der Ertrag der Forschungsbemühungen scheint damit eher im Bereich der Widerlegung klassischer Vorstellungen zu liegen, als in der Bestätigung von Lehrmeinungen oder dem Nachweis von Wirkmechanismen. Insofern kann man sagen, daß auch schon im Zuge der Outcomeforschung Auswirkungen auf das Verständnis von Psychotherapie festzustellen sind, die, sofern sie wahrgenommen werden, oft eine Verunsicherung schulenspezifischer Sichtweisen hervorrufen, andererseits aber auch wieder eine Tür öffnen, innovative und neue Interventionsmöglichkeiten zu entwickeln, sofern die berufspolitische Situation und die berufsrechtlichen Möglichkeiten (Zulassung und Ausschließung von Verfahren, vgl. *Petzold* 1992a, S. 1033) dies nicht verhindern.

Wie schon an einigen Stellen angedeutet, verwischen sich die Grenzen zwischen Outcome- und Prozeßforschung und weichen einer Integration der beiden Forschungsansätze. *Wynne* schreibt zum Ergänzungsverhältnis zwischen Prozeß- und Erfolgsforschung: „Es kann also 'Erfolge' am Ende jeder Phase des therapeutischen Prozesses geben, ebenso wie unmittelbar nach Therapieende und zu den verschiedenen Follow-up-Zeitpunkten, kurzum, die Unterscheidung zwischen Prozeß- und Erfolgsforschung wird heute als äußerst willkürlich betrachtet“ (*Wynne* 1988, S. 17).

Man kann sich nur der Meinung von *Garfield & Bergin* anschließen, daß sinnvolle Psychotherapieforschung generell immer mit dem Outcome der Therapie verbunden sein sollte, egal ob es sich nun um

Prozeß- oder Outcomeforschung handelt, und sich gegen Ansätze stellen sollte, die Prozesse per se untersuchen (Garfield, Bergin 1986, S. 19; Garfield 1990, S. 274). Im Gegensatz zu Untersuchungen im Bereich der Effektforschung (Legitimationsforschung), die Effektivität operationalisieren muß, oder zu einer komparativen Psychotherapieforschung, die die Überlegenheit einzelner Therapieformen aufzeigen will und somit universelle Outcome-Standards braucht, muß in der Einzelfall-Prozeßforschung der Versuch unternommen werden, die von Greenberg (1986) vorgeschlagene Unterscheidung von drei Arten von Outcomes zu berücksichtigen, die Greenberg „O's“ nennt. Ohne diese Differenzierung sei keine Prozeßforschung in diesem Bereich sinnvoll. Als kurzfristige „O's“ werden alle beobachtbaren* Veränderungen innerhalb der Therapiestunde angesehen. Mittelfristige „O's“ sind Ergebnisse, die entweder durch akkumulierte kurzfristige „O's“ in den Stunden entstehen oder aber durch Effekte, die zwischen den Stunden auftreten und in diesen angestoßen wurden und sich dann wieder in diesen zeigen. Das „big O“ zeigt sich am Ende der Therapie oder/und in katamnestischen Untersuchungen, was allgemein als das Therapieergebnis betrachtet wird, also als der eigentliche Outcome.

Shoham-Salomon & Hannah (1991) möchten alle Veränderungen (kleine und große „O's“) nur als mittelfristige („intermediate“) Ergebnisse betrachtet wissen. Jede Veränderung trägt in einer spezifischen Art zu einer weiteren Veränderung bei. Ein gelöster Familienkonflikt kann somit zu einer besseren Bewältigung zukünftiger Belastungen beitragen, und eine im Rahmen einer individuellen Langzeittherapie reduzierte Ängstlichkeit ist ein Zwischenschritt zur Bewältigung neuer existentieller Bedrohungen (Shoham-Salomon, Hannah 1991, S. 223). Therapeutische Effekte, vor allem wenn sie langfristige Wirkung haben sollen, bewähren und stabilisieren sich in der Lebensgeschichte eines Klienten und sind so mit dieser untrennbar verbunden, ja oft nur auf ihrem Hintergrund interpretierbar. Jeder Fortschritt ist abhängig vom Zeitpunkt, zu dem er evaluiert wird. Ein Verhalten, das zum Zeitpunkt x als äußerst adaptiv erscheint, kann zu einem anderen Zeitpunkt y mit veränderten Bedingungen völlig dysfunktional

* Bei einer Charakterisierung der Veränderungen als beobachtbar wird deutlich, daß natürlich davon auszugehen ist, daß es auch nicht beobachtbare Veränderungen beim Klienten geben kann, die für bestimmte Prozesse wesentlich sein können und sich immer noch einer Erfassung entziehen. Selbst bei Befragungen des Klienten zu bestimmten Prozessen verbleibt ein Rest, der einem Klienten nicht zugänglich ist und von seinem epistemologischen Status her, wie dies z.B. bei Merkmalen von Interaktionen der Fall ist, nur von außenstehenden Beobachtern zu erfassen. Nicht alle Phänomene sollten der Versuchung erliegen, alles Intrapsychische und aus der Subjektperspektive (z.B. Bergold & Flick 1987) zu rekonstruieren und auf diese zu reduzieren.

sein. Gelernt zu haben, offen und ehrlich seine Meinung über Menschen zu äußern, kann z. B. gegenüber dem Lebenspartner sinnvoll sein, während es einem Polizisten gegenüber in einer Polizeikontrolle eher unangemessen sein kann.

Die Untersuchung therapeutischer Prozesse ist seit *Eysencks* (1952) Infragestellungen untrennbar mit der Debatte um die Überlegenheit bestimmter Therapieschulen über andere verbunden, da gerade dann schulenspezifische Vorstellungen von förderlichen Prozessen in therapeutischen Interaktionen zum Tragen kommen, wenn minimale Veränderungen oder aber Prozesse im Klienten beschrieben werden sollen, die Schritte zum Therapieergebnis sind. Es sind die alten Fragen nach der Bedeutung von Deutungen, Verhaltenstraining oder veränderten Interaktionen in der Familie etc., die dabei auftauchen. *Schulte* schlägt deshalb vor, auf der Ebene des „Kranksein/Symptomatik“ allgemeinverbindliche Symptommaße und ergänzend dazu störungsspezifische Maße einzuführen, während im Bereich einer Prozeßforschung natürlich schulenspezifische Maße unvermeidlich sind (*Schulte* 1993, S. 374).

Andererseits konnten zu einigen Anwendungsbereichen relativ viele Befunde gesammelt werden, die auf schulenspezifische Defizite oder Kontraindikationen für bestimmte Störungsbilder hinweisen, da die Ineffektivität bestimmter Vorgehensweisen nachgewiesen zu sein scheint. *Grawe* sieht z. B. in vielen klassischen Anwendungsbereichen der Psychosomatik die psychoanalytischen Ansätze als nachgewiesenermaßen ineffektiv an, die im direkten Vergleich mit verhaltenstherapeutischen Methoden eine ungenügende Wirkung aufweisen und deren Berechtigung er in Zweifel zieht, hier weiterhin zentrale Anwendungsfelder zu sehen (*Grawe* 1992; *Grawe, Donati, Bernauer* 1994; *Grawe* 1994; sowie *Meyer* 1994, zum Versuch, die analytische Position zu verteidigen).

Allerdings werden z. B. auch von *Tschuschke, Kächele & Hölzer* (1994) ähnlich kritische Einwände gegen die Position von *Grawe* ins Feld geführt, wie sie auch im Sammelband von *Russell* (1994) vorgebracht werden, die sich vor allem mit methodischen Problemen beschäftigen, die den Psychotherapievergleichsstudien und den metaanalytischen Methoden inhärent sind. Dabei werden nicht die grundsätzlichen Tendenzen der gefundenen Ergebnisse bezweifelt, sondern auf deren ungenügende Fundierung verwiesen, die die Sicherheit betreffen, mit der vor allem generelle Aussagen zur Überlegenheit einer bestimmten Therapieform gemacht werden können. So weisen *Shapiro* und Mitarbeiter (1994) anhand der 33 Veröffentlichungen, die *Orlinsky & Howard* 1986 in ihrem Überblicksartikel zur Beziehung zwischen Prozeß und Outcome herangezogen haben, in ihrer Reevaluationsanalyse nach, daß die durchschnittliche Effektstärke lediglich für 2 % der Outcomevarianz verantwortlich gemacht wer-

den kann. Diese Befunde machen deutlich, daß neue Wege gefunden und beschritten werden müssen, dem Gegenstand näher zu kommen, oder aber zumindest in seiner Komplexität gerechter zu werden, falls er sich nicht wegen seiner Komplexität einer Erforschung sehr grundsätzlich widersetzt.

Hier ist nur in einer engen Kooperation zwischen *Forschung und Praxis*, bzw. zwischen praktizierter Forschung und forschender Praxis, eine weitere Entwicklung möglich, die Methoden entwickeln muß, die im Rahmen von Feedbackerhebungsverfahren Daten mit direkter klinischer Relevanz erfassen.

In den Arbeiten von *Grawe & Braun (1994)* sowie von *Frank & Fiegenbaum (1994)* werden beispielhaft mögliche Vorgehensweisen beschrieben, die teilweise generell übernommen werden können, weitere Ergänzungen oder eine Reduktion auf nur einige der vorgeschlagenen Verfahren erlauben. Natürlich werden durch solche Methoden die therapeutischen Vorgehensweisen verändert, so daß der hiermit untersuchte Prozeß anders ist, als er dies ohne die begleitenden Verfahren wäre. Deshalb müssen Methoden für angemessene therapiebegleitende Erhebungsverfahren entwickelt werden, die mit den spezifischen therapeutischen Vorgehensweisen harmonisieren. Undenkbar ist die Verwendung rein begleitender Meßinstrumente, die lediglich nach Abschluß einer Behandlung eine retrospektive Analyse ermöglichen. An Erhebungsinstrumente muß die Forderung gestellt werden, daß sie unmittelbar prozeßbedeutsame Informationen erheben, und diese Informationen müssen natürlich so gut und so wichtig sein, daß sie bei einer möglichst schnellen Berücksichtigung zu einer Verbesserung der therapeutischen Prozesse führen.

Epistemologisches Intermezzo: therapeutische Prozesse zwischen Chaos und linearer Kausalität

Kann man therapeutische Behandlungen in Phasen einteilen?

Im Prinzip ja!

Kann man das Therapieergebnis vorhersagen?

Im Prinzip ja!

Kann man alle therapeutischen Interventionen messen?

Im Prinzip ja!

Diese Liste wirklich interessanter Erwartungen an die Ergebnisse der Psychotherapieforschung ließe sich noch weiter fortsetzen, aber mit recht hoher Wahrscheinlichkeit (die natürlich abhängig ist von der Vorstellung, was „recht hoch“ ist) könnten auch die weiteren Fragen genauso zuverlässig im Sinne Radio Eriwans beantwortet werden. Die prinzipielle Zustimmung zu diesen Aussagen scheint eine der Grundvoraussetzungen zu sein, überhaupt Forschung zu betreiben, weil alle weiteren Forschungsanstrengungen umsonst und

sinnlos sind, wenn man diesen Annahmen nicht grundsätzlich zustimmt. Wer nicht von der Annahme ausgeht, daß es möglich ist, das Ergebnis einer Therapie durch bestimmte Prädiktoren vorherzusagen, wer also nicht davon ausgeht, daß es Gesetzmäßigkeiten therapeutischer Veränderungsprozesse gibt, der braucht auch keine Forschung in diesem Bereich zu betreiben. Aber auch jeder Therapeut, der tätig ist, muß von der Überzeugung ausgehen, daß es Gesetzmäßigkeiten gibt, weil er sonst überhaupt nicht tätig werden könnte. Der entscheidende Punkt, „der Unterschied, der einen Unterschied macht“ (Spencer-Brown 1969), liegt also nicht in der grundsätzlichen Zustimmung oder Zurückweisung dieser Annahme, sondern darin, in welchem Ausmaß man diese Zusammenhänge einer Erforschung für zugänglich hält, also ob man die Prozesse für „beobachtbar“ in irgendeiner Form betrachtet.* Sofern man dieser grundsätzlichen Annahme zustimmen kann, wird es dann möglich, sich über unterschiedliche Umsetzungen oder Operationalisierungen Gedanken zu machen, die Freud zumindest zeitweise für völlig überflüssig und unsinnig erachtet, weil er nicht davon ausging, daß eine Operationalisierung möglich sein könnte.

Aber diese Probleme betreffen ja lediglich die Prozeßforschung. Hier mag es wohl möglich sein, davon auszugehen, daß unter Umständen bestimmte Prozesse der Interaktion in Bereiche der Intuition gehen, deren Operationalisierung vielleicht tatsächlich zu schwierig ist oder aber bei der die zu untersuchenden Prozesse zerstört werden und wesentliche Aspekte verlieren. Damit müßte man vielleicht leben können. Unhaltbar ist diese Position aber, wenn es um den Nachweis therapeutischer Effekte geht. Diese müssen sich einem Zwang zur Objektivierung unterwerfen, wie dies für andere Dienstleistungen auch der Fall ist. Selbst wenn bestimmte Aspekte eines Prozesses, dessen Charakteristik eigentlich im Rahmen einer Prozeßqualitätssicherung auch bestimmt werden müßte, nicht bestimmt werden können, so müssen zumindestens die Effekte nachweisbar bleiben. Produkte mit Eigenschaften, deren Vorhandensein nicht nachweisbar ist, dürfen nicht in Umlauf gebracht werden. So kommt auch Caspar zu der klaren Schlußfolgerung, daß es hinsichtlich dieser Vorstellungen in der „Wirksamkeitsforschung“ Einigkeit gibt (Caspar 1993, S. 98).

Was läßt ein Faß überlaufen? Oft wird der Tropfen, der das Faß zum Überlaufen bringt, als das entscheidende Ereignis, als die ent-

* Bei diesen Überlegungen bleibt allerdings der Fall unberücksichtigt, wenn angenommen wird, daß es bestimmte Prozesse gibt, die nur der Erfassung des Therapeuten zugänglich sind, also hier ein grundsätzlicher Unterschied eingeführt wird, der z.B. als Voraussetzung für die Erforschung oder Erfassung bestimmter Vorgänge eine Ausbildung voraussetzt, sofern es nicht doch irgendwie möglich gemacht werden kann, vielleicht für bestimmte Vorgänge eine eingeschränkte Wahrnehmungsfähigkeit beim Forscher zu entwickeln.

scheidende Ursache gesehen. So wird dieser Tropfen allen anderen Tropfen vorgezogen, die vorher ihren Weg in das Faß genommen haben, und abgewertet, obwohl natürlich jeder weiß, daß der letzte Tropfen seine Wirkung nur auf den Schultern der vorherigen Tropfen entfalten konnte. Bei dieser Betrachtung ist man selbstverständlich dem Vorwurf der Ungerechtigkeit ausgesetzt, dem man sich auch aussetzt, wenn man grobschlächtig therapeutische Prozesse nach einigen wenigen mächtigen Ingredienzen abklopft, so als könnte man sie losgelöst von den anderen sie einbettenden Handlungen in einer Therapie betrachten. Genauso wenig wie der Tropfen, der ein Faß zum Überlaufen bringt, die Eigenschaft in sich birgt, ein „Faßüberläufer“ zu sein, tragen therapeutische Interventionen – wie immer sie auch aussehen mögen – keine Veränderungspotentiale mit sich herum, die unabhängig von multiplen Fallzusammenhängen wirksam werden könnten. Welche Komplexität allerdings angestrebt werden muß, um spezifische Phänomene zu verstehen, scheint für unterschiedliche Therapieverläufe mit unterschiedlichen Störungsbildern unterschiedlich zu sein. Zumindest für einige Störungsbilder scheinen ganz spezifische Interventionen recht häufig zu recht schnellen und beeindruckenden Ergebnissen zu führen, so z. B. für Panikattacken und Angstanfälle (*Margraf, Schneider 1989; Margraf et al. 1993, zit. n. Rief 1994*) oder z. B. für Phobien (z. B. *Schulte 1992*).

Die Faßmetapher verdeutlicht allerdings auch die Grenzen und Berührungspunkte einer chaostheoretischen und einer linear-kausalen Interpretationsfolie. Lineare Modelle beschreiben hervorragend die Vorgänge des langsamen Ansteigens der Wassermenge im Faß, wenn in bestimmten Zeitabständen in bestimmten Wahrscheinlichkeitsgrenzen immer eine bestimmte Menge an Wassertropfen in das Faß fällt, bis es voll ist. Was dann weiter passiert, können solche Modelle kaum beschreiben, da das weitere Geschehen in sehr hohem Maße von den unterschiedlichen Bedingungen abhängt. Steht das Faß schief, steht es auf wackeligem Untergrund, der es, wenn es schief steht, schon umkippen läßt, bevor es überhaupt voll ist, und wohin läuft das Wasser überhaupt, wenn es dann seinen Weg herausgefunden hat etc.? Das Beispiel soll veranschaulichen, daß beide Erklärungsmodelle innerhalb eines Prozesses durchaus ihre Erklärungsspielräume haben, es also sinnvoll scheint, lineare Prozesse in therapeutischen Veränderungsprozessen von singulären Ereignissen zu unterscheiden, die Richtungen bestimmen und vielleicht auch hier unbestimmt sind, was die weiteren möglichen Entwicklungen angeht.

Eine weitergehende Beschäftigung mit diesen Fragen ist natürlich kein unlösbares Problem. Außerdem ist es je nach Kontext und durchgeführter Behandlungsmethode unterschiedlich schwierig, an wesentliche Prozesse der Klienten heranzukommen. Auch die Effekte

einer Befragung von Klienten und Therapeuten direkt nach einer Sitzung am aufgezeichneten Sitzungsmaterial (Process-Recall-Methode von Elliott 1984, 1986, 1991a; Elliott, Shapiro 1992; Caspar 1993a) zerstören etwas am ursprünglichen Prozeß und produzieren Interferenzeffekte, aber sie ermöglichen trotzdem interessante Einsichten in bestimmte mentale Prozesse eines oder auch mehrerer Menschen und damit auch in ihre Interaktion.

Die Process-Recall-Methode, in der die Entscheidungsprozesse sowie die Verarbeitungsvorgänge der Klienten und Therapeuten erfaßt werden, stellt eine extreme Möglichkeit der Untersuchung therapeutischer Prozesse unter experimentellen Bedingungen dar. Aus forschungspragmatischen Erwägungen und aus Gründen der Ökonomie wird daher oft die Analyse auf ein Ereignis konzentriert, welches zwischen Therapeut und Klient als das prägnanteste, also als das „wichtigste Ereignis“ betrachtet wird. Unbefriedigend ist an diesem Verfahren, daß es wiederum simplifizierende Annahmen impliziert und Vorstellungen fördert, man könne mit wenigen magischen Handlungen, wenn man sie nur kennt, weitreichende Veränderungen hervorrufen. Deshalb werden hierbei wiederum alle jene die therapeutische Substanz ausmachenden therapeutischen Interventionen und Haltungen, die vom Therapeuten unternommen werden, abgewertet zugunsten *einer* großartigen Intervention, die allerdings auch nur deshalb zum Tragen kommen konnte, weil sie in einen größeren Kontext anderer Handlungen eingebettet war.

Somit stellt diese Methode so etwas wie das Kontrastprogramm zu den Forschungsstrategien dar, die an der Medikamentenmetapher orientiert sind und ausgeprägte therapeutische Effekte auf eine hohe Dosierung von effektiven therapeutischen Ingredienzien zurückführen, wie sie von Shapiro charakterisiert wird (Shapiro et al. 1994). Ein an Variablen ausgerichtetes Vorgehen kann kaum anders verfahren, als hohe Ausprägungen oder häufiges Auftreten bestimmter Phänomene als Bedingungen therapeutischer Outcome-Effekte zu interpretieren. Der Prozeß-Recall-Ansatz ist ebenfalls noch einer dekontextualisierenden Tradition verpflichtet, da er immer noch in Ansätzen versucht, wirkungsvolle Interventionen zu isolieren, indem Parallelen wirkungsvoller Handlungen in vielen unterschiedlichen therapeutischen Situationen gesucht werden, um die Wassertropfen zu identifizieren, die das Faß zum Überlaufen bringen.

Angesichts der Komplexität therapeutischer Prozesse ist es immer noch verwunderlich, wie schwer sich eine kontextspezifische Perspektive auch in der *Einzelfall-Prozeßforschung* durchsetzen kann, die nicht sehr reduktionistisch vorgeht. So findet man z. B. in der Sonderausgabe des „Journal of Consulting and Clinical Psychology“ von 1993 (hrsg. von Jones 1993) unter 6 Artikeln zur psychotherapeutischen Einzelfall-Forschung (Hilliard 1993; Jones et al. 1993; Spence,

Dahl, Jones 1993; Silberschatz, Curtis 1993; Moras, Telfner, Barlow 1993; Horowitz et al. 1993) keinen einzigen, der sich dieser Perspektive verpflichtet sieht. Alle Beiträge orientieren sich am Paradigma einer Forschung, die Bedingungen als unabhängige Variablen konzipiert. Besonders erstaunt die Arbeit von Horowitz und Mitarbeitern, die die Bedeutung von Lebensereignissen untersucht. Es handelte sich dabei um den Selbstmord des Bruders eines dreißigjährigen Klienten, der vier Jahre zurücklag und den Patienten belastete. Das Ereignis wird als „a recent, unintegrated stressor life event“ (S. 421) bewertet. Den weitaus größten Raum, nämlich 49% der Therapiezeit (S. 426), beanspruchten aber nach den Angaben der Autoren Themen, in denen sich der Patient mit seiner jetzigen Lebensgefährtin auseinandersetzte, aber die Ereignisse, die dabei eine Rolle spielten, werden nicht erwähnt, sondern der therapeutische Schwerpunkt lag auf der Beziehung zum verstorbenen Bruder. Auch bei dieser Untersuchung bleiben die realen „Life-Events“ während der Therapie anscheinend ausgeklammert, wodurch der Eindruck entsteht, als würden therapeutische Interventionen an Klienten wie an Autos vorgenommen werden, die sich zwischen den Sitzungen nicht verändern, weil die Veränderungen nur von Therapeuten kommen können. Darüber hinaus findet sich hier eine problematische Patientenzentrierung, die vor allem durch das Fehlen von Informationen zum Therapeuten in den Gesprächen bedingt ist, der dann wieder wie eine unidirektional wirkende Variable in Erscheinung tritt.

Die Lebenswelt des Patienten, die Dynamik seiner sozialen Netzwerke, Supportsysteme (Nestmann 1988; Schuch 1990) wird als Einflußgröße auf psychotherapeutische Prozesse genauso selten untersucht, wie die Wirkung von Psychotherapie auf derartige Netzwerke, sei die Intervention nun mittelbar (indirekte Effekte der Veränderung des Patienten), unmittelbar durch Netzwerktherapie (Keupp, Röhrle 1987; Laireiter 1993) oder durch kombinierte Interventionen, ein „linkage“ (Kardorff, Stark 1987), wie es für einige Integrative Ansätze charakteristisch ist (Petzold 1979c, 1994e).

Von Prozessen zum Outcome und zurück

Quantitativ würde man erwarten, daß die Mehrzahl der Erkenntnisse über therapeutische Prozesse natürlich aus qualitativen und hermeneutischen Ansätzen der Einzelfall-Prozessforschung kommen müßte. Das scheint einerseits so nicht zu stimmen und verweist andererseits auf eine spannungsreiche und geleugnete Beziehung zwischen diesen beiden oft als *Forschungsparadigmen* betrachteten Ansätzen, die unterschiedlichen epistemologischen Prämissen über die psychologisch relevanten Zusammenhänge unserer Welt folgen. In beiden Methoden sind quantifizierende und interpretative Schritte

miteinander verwoben (z. B. Faller 1994, S. 30), und die Diskussion um ihre Geltungsbereiche und Geltungsansprüche soll hier ausgespart werden (vgl. z. B. Petzold 1991a; Kächele 1992, 1993; Greenberg 1994; Elliott, Anderson 1994; Tress 1994; Alberti 1994; Alexander, Holtzworth-Munroe, Jameson 1994, S. 616ff speziell zur Familientherapie).

Das Verhältnis zwischen qualitativer und quantitativer Forschung wird von Alberti lediglich als ein „gradueller Unterschied“ beschrieben und folgendermaßen weiter ausgeführt: „Der quantitative Forscher stellt zuerst Kategorien auf, die automatisch codiert werden können, um später eine Interpretation der Ergebnisse zu liefern; die hermeneutische Arbeit erfolgt in der quantitativen Forschung später. Der qualitative Forscher leistet interpretative Arbeit schon bei der Herstellung der Kategorien und braucht danach praktisch keine interpretative Arbeit. Der Unterschied zwischen beiden Methodologien liegt also lediglich in dem Zeitpunkt, wo im Forschungsprozeß die Interpretation erfolgt“ (Alberti 1994, S. 56).

Aber diese Sichtweise ist nicht präzise genug. Die Generierung von Forschungsfragen in nomothetischen Forschungsansätzen basiert auf interpretativen Leistungen. Gegebenheiten der Wirklichkeit werden wahrgenommen und unter theoretischen Optiken so ausgelegt, daß Hypothesen als Möglichkeiten antizipierbarer Sinnzusammenhänge formulierbar werden, die dann durch den Forschungsprozeß falsifiziert bzw. bestätigt werden und damit weitere Interpretationsmomente für den in den Blick genommenen Ausschnitt der Wirklichkeit bieten, bzw. sogar zu übergeordneten Interpretationsfolien beitragen.

Habermas (1980) vertrat mit guten Gründen einen „Universalanspruch der Hermeneutik“. Als deren Gegenstand kann „die Wirklichkeit als Text“ (Petzold 1988a) angesehen werden, die mit allen vorhandenen Auslegungsmöglichkeiten (und zu diesen gehören auch im quantitativen Paradigma gewonnene Forschungsdaten) betrachtet wird. Er spricht deshalb hier auch in Erhebung zum traditionellen hermeneutischem Ansatz von „Metahermeneutik“. Vor einem solchen epistemologischen Hintergrund erscheint eine Polarisierung „qualitativ/quantitativ“ unsinnig. In einem metahermeneutischen Vorgehen (etwa bei der Interpretation kommunikativer Prozesse) kann ein Therapeut als Interpret auf sein Wissen über Kommunikationsprozesse, in das nicht nur Alltagstheorien, sondern auch durch quantitative Forschung gewonnene Konzepte eingehen, nicht verzichten. Vieles spricht dafür, daß hochkomplexe Zusammenhänge, wie z. B. das Geschehen in einer mittelfristig laufenden dyadischen Behandlung oder in einer Gruppentherapie, am besten durch die Kombination quantitativer und qualitativer Forschungsstrategien in „sophisticated designs“ erfaßt und im Hinblick auf differentielle Effekte aufgeklärt werden, ohne daß es aufgrund der im quantitative Ansatz notwendigen Beschränkungen der Zahl der Variablen zu unbilligen

Verkürzungen der Komplexität der Wirklichkeit kommen muß, da Feinstrukturen oder übergreifende Bezüge durch die qualitativen Ansätze zugänglich werden.

Ausgehend von Befunden der Outcome-Forschung soll nun deren Stellenwert und Bedeutung für das Verständnis von therapeutischen Prozessen verdeutlicht werden, um zu zeigen, zu welchen Interpretationen die empirischen Befunde anregen:

„Die Mißachtung differentieller Wirkungsgesichtspunkte ist wohl der größte und folgenschwerste Mangel eines Großteils der bisherigen Psychotherapieforschung“ (Grawe, Donati, Bernauer 1994, S. 729)

Nur 34 der 897 Untersuchungen, die Grawe und seine Mitarbeiterinnen herangezogen haben, haben sich dafür interessiert, ob differentielle Effekte auftraten. Die meisten Studien haben lediglich Korrelationen zwischen irgendwelchen Ausgangsmerkmalen der Patienten mit dem Therapieerfolg korreliert, so daß viele Effekte verloren gegangen sind, die einfach zu beobachten gewesen wären. Von daher kommt einer Beschäftigung mit differentiellen Effekten eine herausragende Bedeutung zu. Nur über eine Vielzahl unterschiedlicher Effekte läßt sich langfristig erwarten, etwas über grundlegende Prinzipien von Veränderungsprozessen zu erfahren, wie dies aus einigen Untersuchungen zu erkennen ist. Beispiele für differentielle Prozesse fanden sich in einigen Studien:

So konnte Meyer (1990) z. B. zeigen, daß sich psychodynamisches und personen-zentriertes Therapeutenverhalten empirisch entsprechend der jeweiligen Therapietheorie unterscheidet, also therapeutisch Unterschiede im Vorgehen bestehen. In der Untersuchung wurden 154 Interventionskategorien zur Beschreibung des Therapeutenverhaltens verwendet. Nur eine Kategorie kam nicht in beiden Therapien vor. Konkret bedeutet dies, daß sich in 153 Interventionskategorien, die sich in beiden Therapien fanden, die Unterschiede in der Frequenz systematisch zeigten, aber nicht in hochspezifischen Interventionsformen (z. B. Deutungen) niederschlugen. Die Annahme, daß sich eine bestimmte Therapieform einfach durch das bloße Vorhandensein bestimmter Interventionsformen bestimmen läßt, scheint damit zumindest in einem Vergleich von Gesprächstherapie und Psychoanalyse als widerlegt oder sehr unwahrscheinlich. Es läßt sich auch vermuten, daß sich die hier beschriebenen Schwierigkeiten ebenfalls zwischen anderen Therapieformen wiederfinden.

Es lassen sich also Belege für eine therapieschulenbedingte Spezifität im Therapeutenverhalten finden, während gleichzeitig allerdings auch von einer großen Varianz im Therapeutenverhalten innerhalb einer Therapierichtung bei unterschiedlichen Therapeuten ausgegangen werden muß (z. B. Sloane et al. 1975; Howe 1980). Aufgrund beobachtbaren Therapeutenverhaltens auf eine therapeutische Richtung zu schließen ist aber kaum möglich (Luborsky et al. 1982), wenn sich Therapeuten nicht konsequent an Manualen orientieren (Henry et al. 1993). Einige Ergebnisse manualgeleiteter Therapien, z. B. bei Phobien mit Verhaltenstherapie (Schulte 1992) und auch in psychoanalytischen Ansätzen (z. B. nach Luborsky 1984; Strupp, Binder 1984)

weisen darauf hin, daß eine konsequente Ausrichtung am Manual zu besseren Ergebnissen führt. *Luborsky* warnt hier allerdings vor einer einseitigen Schlußfolgerung, daß dieser Effekt als Ergebnis der Manuale betrachtet wird, da es oft den Anschein hat, als wären es die kompetenteren Therapeuten, denen es möglich ist, sich aufgrund ihrer Kompetenz, die ihnen mehr Bewegungsspielraum gibt, auch tatsächlich an diesen Manualen zu orientieren und sich nicht vom Klienten beirren zu lassen, etwas anderes zu tun (*Luborsky, Barber* 1993, S. 221).

Aber auch das ist nicht richtungsspezifisch, sondern eher eine Frage der generellen Berufserfahrung. Außerdem setzen Manuale stark vorselektierte Patientenpopulationen ein und bieten für die Vielfalt der Situationen, die wir in den verschiedenen Praxissettings finden, nicht die erforderliche Handlungsbreite. „Manual guided therapy“ steht auf dem Hintergrund eines Therapiegeschehens, das von einigen wichtigen „unspezifischen Wirkfaktoren“ bestimmt ist. Auf der Therapeutenseite wie auf der Patientenseite (und die Patientenseiten werden noch viel zu wenig in den Blick genommen und untersucht) muß z. B. die emotionale Akzeptanz der Situation gegeben sein. So kommen wir von den Versuchen, Therapeutenverhalten tatsächlich therapieschulentsprechend unterscheiden zu können, wieder dazu, was sich auf der Seite der Klienten abspielt, die ja letztendlich die ausschlaggebenden Informationsquellen darüber sind, ob diese Unterschiede auch unterschiedliche Ergebnisse hervorrufen. Dabei sollte diese Frage hier nicht sofort mit einem besser oder schneller beantwortet werden, sondern mit einer differenzierten Beschreibung von Effekten.

In einer kognitiven Therapie nach *Beck* fanden sich starke Veränderungen der dysfunktionalen Gedanken, was sich in einer Behandlung der interpersonalen Therapie nach *Klerman et al.* (1984) nicht fand (*Elkin* 1994), so daß hier bestimmte typische Effekte offensichtlich mit der Art des therapeutischen Vorgehens zusammenhängen und im Therapieergebnis sichtbar werden, obwohl beide ein vergleichbares Veränderungspotential hinsichtlich der Hauptsymptomatik zu haben scheinen.

Bei einem Vergleich eines verhaltensorientierten Kommunikationstrainings für Paare mit einer einsichtsorientierten Paartherapie, die darauf abzielte, daß die Partner den anderen jeweils besser verstehen und ihre Situation auf dem Hintergrund ihrer Entwicklung und Herkunftsfamilie sehen lernen, zeigte sich das verhaltenstherapeutische Training bei Therapieende in einigen Maßen leicht überlegen, wie sich dies ja ähnlich schon für viele verhaltenstherapeutisch orientierte Methoden in der Vergangenheit gezeigt hat. Vier Jahre später allerdings waren 39% der verhaltensorientierten Gruppe geschieden, während dies nur bei 3% der einsichtsorientier-

ten Therapie der Fall war (*Snyder et al.* 1991). Diese Ergebnisse machen deutlich, daß Erfolge hinsichtlich ihrer Effekte in größeren Zusammenhängen gesehen werden müssen und manche kurzfristigen Erfolge langfristig eben wieder ganz anders zu bewerten sind. In welchem Ausmaß die Scheidungen als sinnvolle Entwicklungsschritte und der Fortbestand der Beziehungen als Ausdruck chronifizierter „pathologischer Symbiosen“ zu bewerten ist, stellt wieder eine andere Frage dar. Wie man schnell erkennt, fallen erfahrenen Therapeuten natürlich wieder schnell pathologische Erklärungsvarianten ein. Scheidungen stellen sicherlich ein schwierig zu interpretierendes Kriterium dar, das allerdings gleichzeitig auf die Notwendigkeit verweist, noch weitere fall- und kontextspezifische Informationen zu benötigen und für eine Evaluation zu erheben.

Grawe, Caspar & Ambühl (1990) vergleichen „Breitband Verhaltenstherapie“, klientenzentrierte Gesprächstherapie und interaktionelle Verhaltenstherapie:

„Nur die beiden interaktionellen Therapiebedingungen bewirkten signifikante Veränderungen im von nahen Angehörigen fremdeingeschätzten tatsächlichen Beziehungsverhalten der Patienten. Die Gruppentherapie bewirkte in diesem Bereich die stärksten Veränderungen. Dafür bewirkte die nicht-direktive Gesprächstherapie einen starken Anstieg der internalen Kontrollerwartungen der Patienten, der bei keiner der anderen Therapiebedingungen vorkam.“ (*Grawe, Donati, Bernauer* 1994, S. 720)

Wiederum zeigen sich hier nicht überraschende differentielle Effekte, die aufgrund der Methoden auch plausibel erscheinen. Insbesondere der Hinweis auf die besondere Effektivität aufgrund der Gruppentherapie verweist auf die Abhängigkeit schulenspezifischer Methoden von dem Format (z. B. Einzel-, Gruppen-, Paarsetting) und Setting (z. B. freie Praxis, stationär), in dem sie angewendet werden, wobei die Befunde in die Richtung weisen, daß zwischenmenschlich bedeutsames Verhalten am besten direkt im Kontakt mit anderen verändert werden kann (vgl. auch *Tschuschke* 1993).

Auch das Ergebnis einer Metaanalyse von *Bretz, Heekerenz & Schmitz* (1994) verweist auf derartige differentielle Effekte für die Gestalttherapie anhand der Ergebnisse von 38 Studien, die sich nur geringfügig mit denen überschneiden, die *Grawe* in seinen Überblick einbezogen hat. Hier handelt es sich oft um die Ergebnisse von Dissertationen, die *Grawe* explizit ausgeschlossen hatte. Insgesamt dokumentieren sie für die Gestalttherapie aber eine ähnliche Effektivität, die auch von *Grawe* und Mitarbeiterinnen (1994, S. 117) aufgrund der lediglich 7 von ihnen verwendeten Studien als hoch eingeschätzt wurde, sofern weitere Untersuchungen diesen Trend bestätigen. *Bretz et al.* errechneten hierzu wieder die traditionellen Effektstärken als Hilfsmittel zum Vergleich der Ergebnisse. Da auch die hier herangezogenen Studien zum großen Teil aus den 70er Jahren

stammen (die jüngste Studie stammt aus dem Jahr 1986), muß sicherlich außerdem damit gerechnet werden, daß die Ergebnisse sich auf eine therapeutische Praxis beziehen, die heute wahrscheinlich so nicht mehr vorliegt und vielleicht in früheren Jahren noch stark durch die klassischen gestalttherapeutischen Konfrontationstechniken geprägt war. Heute zum Beispiel in der „Integrativen Therapie“ von *Petzold* (1991a, 1992a, 1993a), die neben der Verarbeitung anderer Quellen gestalttherapeutische Positionen weiterentwickelt hat, haben sie nur noch eine geringe bzw. eine indikationsspezifische Bedeutung. Eine einfache Übertragung der Ergebnisse auf die heutige Praxis und einen anderen Kontext (viele Studien stammen aus Amerika) verbietet sich deshalb. Dies gilt im übrigen für viele Studien anderer Ansätze – etwa psychoanalytischer – in gleichem Maße: Welche Orientierung der Psychoanalyse (theoretisch/methodisch) kam zum Einsatz, mit welchen Patienten aus welchem übergeordneten, d. h. spezifischem, kulturellem Kontext?

Interessant war der Befund der relativen Unwirksamkeit der untersuchten Formen der Gestalttherapie im einzeltherapeutischen Setting, wohingegen sie gerade in der Gruppentherapie ihre besondere Stärke demonstrieren konnte. Auch dies überrascht nicht, da *Perls*, der Schulengründer, ursprünglich einzeltherapeutisch arbeitend, ab Mitte der 50er Jahre in Gruppen die Einzeltherapie als „obsolet“ bezeichnet hatte (*Perls* 1969). Viele seiner Schüler waren seinerzeit dieser Einschätzung gefolgt, die sich heute aber durch neuere Entwicklungen der Einzeltherapie und die Ausbildungspraxis (*Müller, Müller-Ebert* 1994) überholt hat. In der Integrativen Therapie wurden elaborierte Modelle einzeltherapeutischer Langzeitbehandlungen (*Frühmann* 1994), Fokale Kurzzeittherapie (*Petzold* 1993p) und gemischte Formen (*Rahm et al.* 1993) erarbeitet. Von daher sollten Variablen des Formates einerseits forschungstechnisch gesehen als intervenierende Variablen stärker berücksichtigt werden und behandlingstechnisch unter dem Gesichtspunkt der Indikation besonders verfolgt werden. Das Veränderungspotential therapeutischer Methoden scheint mehr oder weniger auch an bestimmte Behandlungsformate und -settings gebunden zu sein, was z. B. in der Gruppentherapie als Lernfeld zur Verbesserung der Selbstwahrnehmung, sozialen Kompetenzen und Skills (Performanzen) naheliegt.

Diese Befunde sollen hier genügen, um zu zeigen, daß Outcomestudien durchaus Ergebnisse hervorbringen können, die auf Prozesse verweisen, ohne diese direkt beobachtet zu haben. Differenzierte Outcome-Studien können als eine Art „Screeningverfahren“ für bestimmte Phänomene sensibilisieren, die durch bestimmte Methoden hervorgerufen werden können.

Insbesondere die Studie von *Snyder, Wills & Grady-Fletcher* (1991) offenbart interessante Unterschiede der Behandlungsmethoden, wo-

bei mit dem Phänomen der eingetretenen Scheidungen besonders die soziale Dimension, aber auch die kulturellen Einflußgrößen therapeutischer Effekte und Nebenwirkungen berührt wird. Hier spielen dann Überlegungen zur ökologischen und insbesondere zwischenmenschlichen Wirkung der Behandlungen eine Rolle, die natürlich weitergehende ethische Überlegungen nach grundsätzlichen Orientierungen zur Förderung bestimmter Verhaltensweisen und Einstellungen erfordern.

Dabei wird die Abhängigkeit der Behandlungsziele von Wertesystemen und persönlichen Vorlieben deutlich. Außerdem ist ohne weitere Informationen zur Paarsituation, zur Symptomatik und zum sozialen Kontext des Ereignisses, wie es eine Trennung von einem Partner darstellt, eine Bewertung kaum möglich, wenn man nicht von der grundsätzlichen Überzeugung ausgeht, daß Paare gefälligst zusammenbleiben sollen, was aber angesichts unserer gesellschaftlichen Wirklichkeit kaum vertretbar ist. Eine ganz andere Diskussion eröffnet sich, wenn man Trennungen als Ausdruck einer egoistischen Selbstverwirklichungsphilosophie betrachtet, die dann von Therapeuten, auch wenn sie ein allgemeiner gesellschaftlicher Trend sein sollte, wegen ihrer potentiell dysfunktionalen Auswirkungen auf die Gemeinschaft aller Menschen und auch den einzelnen durch entsprechende Unterstützung verhindert werden sollten. In solchen Situationen können Therapeuten nicht allein auf die Auftraggeber vertrauen, daß sie ihnen schon die richtigen Aufträge geben; und sie werden durch ihre Interventionen entweder eine Entwicklung in die eine oder andere Richtung fördern. Dabei spielt es dann gar keine Rolle, ob dadurch auch tatsächlich die angestrebten Veränderungen eintreten oder nicht, da sicherlich davon auszugehen ist, daß z. B. paradoxe Effekte nicht nur intentional auftreten. Therapeutische Wertneutralität ist entweder eine Fiktion oder eine nur schwer erreichbare und problematische Position.

Moderne Psychotherapie wird deshalb nicht nur im Hinblick auf die Wirksamkeit der Veränderungstechnologie ihrer Methoden betrachtet werden können – eine Sicht, die positivistische Empiristen, gewisse Kosten- bzw. Leistungsträger und Politiker nur allzu gerne favorisieren – und auch nicht allein auf ihren Erklärungsstand hin, was Pathogenesemodelle anbelangt (*Pritz, Petzold 1972*); denn die Salutogenesemodelle (*Antonovsky 1979, 1987*) und die „Protektiven Faktoren“ (*Petzold et al. 1993*), so wichtig für Therapiezielformulierung und Handlungsstrategien, bleiben dabei auf der Strecke. Moderne Psychotherapie muß sich auch um die Explizierung ihres anthropologischen Rahmens, die Reflexion ihrer Zielbestimmung vor gesellschaftspolitischem Hintergrund und damit ihrer übergeordneten Handlungsorientierung – wir sprechen von *Metapraxis* (*Petzold 1994a*) – bemühen. Therapeutische Richtungen müssen deshalb auch am

Stand ihrer theoretischen und metatheoretischen Elaboration gemessen werden; und dieser unterliegt heute nicht mehr einem un beurteilbaren Freiraum ideologischer Beliebigkeit, sondern aufgrund der Entwicklung wissenssoziologischer, wissenschaftstheoretischer und -philosophischer Arbeiten (Herzog 1991; Bunge 1985; Gilligan 1988) auch beurteilbaren Kriterien. Wie im Bereich der Methodenentwicklung zeichnet sich auch hier eine Tendenz zur Ausbildung „Integrativer Ansätze“ ab (Wyss 1982; Petzold 1992c).

Katamnesen und negative Effekte

Besonders die überraschenden Befunde von Snyder et al. (1991), daß sich die Paarsituation nach einem Katamnesezeitraum von vier Jahren so erheblich verändert hat, läßt die Bedeutung von Katamnesen deutlich werden. Therapeutische Interventionen, die auf Veränderungen der sozialen Wirklichkeit (und dies geschieht allein schon durch Symptomveränderung oder -beseitigung) und des sozialen Verhaltens abzielen, müssen sich um die langzeitigen Wirkungen ihrer Interventionen auch auf andere davon möglicherweise betroffene Personen kümmern, was über eine einfache Überprüfung der Stabilität hinausgeht. Eine alleinige Überprüfung der Stabilität ist wie die Überprüfung einer Autoreparatur. Eine Beschäftigung mit den Auswirkungen von Interventionen, d. h. mit den Wirkungen des entsprechend der Therapieziele veränderten Menschen, stellt eine Abschätzung der langfristigen Auswirkungen im Kontext dar, die manchmal auch über die Abschätzung der Folgen für die soziale Umgebung hinausgeht und angesichts begrenzter Ressourcen und der Zerstörbarkeit unserer Lebensgrundlage eine ökosystemische Erweiterung erfordert. Menschen verändern sich in ihren Therapien, und wenn es sich um wesentliche Veränderungen handelt, dann auch außerhalb (Curtis, Stricker 1992), so daß es sich hier um einen Wechselwirkungsprozeß handelt, der eigentlich beschrieben werden muß (Märtens 1994). Die implizite gesellschaftspolitische Dimension therapeutischen Handelns – ganz gleich, um welche Schulorientierung es dabei geht – muß deshalb explizit und damit reflektierbar gemacht werden. Das Gleiche gilt für die metatheoretischen Orientierungen von Forschungspraxis und ihrer gesellschaftspolitischen Implikate (Petzold 1994c).

Katamnesen erfordern unterschiedliche Zeitspannen für unterschiedliche Störungsbilder. So lassen sich insbesondere bei Anorexia nervosa-Patientinnen in Beobachtungszeiträumen von 10 Jahren unterschiedliche Entwicklungsverläufe feststellen, wobei mit zunehmender Beobachtungsdauer eine Polarisierung in gute und schlechte Verläufe eintritt (Herzog, Schweitzer 1994, S. 182). Lassen sich nun an

diesen Verläufen unterschiedliche Phänomene beobachten, und ist es möglich, diese als Behandlungseffekte zu interpretieren?

Lediglich von *Russel* (1987) und von *Eisler* (1992) wurden bisher zwei Therapievergleichsstudien vorgelegt, die außerdem noch einen langen Katamnesezeitraum, nämlich 5 Jahre, umspannen (zit. n. *Herzog, Schweitzer* 1994). Es wurden Anorexie- und Bulimiepatientinnen untersucht, die nach einer stationären Behandlung randomisiert entweder einer familientherapeutischen oder einer einzeltherapeutischen Behandlung zugeordnet wurden. Aufgrund ähnlich positiver Ergebnisse geben die Studien Hinweise auf differentielle Indikationsüberlegungen. Neben vergleichbaren Effekten, was den durchschnittlichen Verlauf anbelangte, sich also keine Unterschiede im generellen Behandlungserfolg zeigten, wurde allerdings signifikant deutlich, daß jüngere Patientinnen mit einer kürzeren Krankheitsdauer von weniger als drei Jahren deutlich besser von Familientherapie profitierten, während für ältere Patientinnen die Einzeltherapie besser war. Die Ergebnisse sprechen für die Notwendigkeit, Fragen der Differentialindikation über krankheitsspezifische Verlaufsmerkmale hinaus auf dem Hintergrund lebensgeschichtlicher Entwicklungsphasen zu sehen (vgl. hierzu etwa *Petzold* 1992e, S. 649ff) und die Frage der Indikation nicht auf die Frage der richtigen *Passung* zwischen therapieschulenorientierten Methoden und Krankheitsbildern zu reduzieren, weil das eindeutig einer patientenorientierten Behandlung widerspricht. Offensichtlich ist ein familientherapeutisches Setting in bestimmten Entwicklungsphasen nicht das richtige Setting, während es in einer Phase, in der Ablösungsprozesse bewältigt werden müssen, konstruktiv zur Behandlung einer anorektischen Symptomatik beitragen kann.

Diese Überlegungen führen direkt zur Frage der Nebenwirkungen oder den unerwünschten Effekten von psychotherapeutischen Behandlungen. Diese erfahren immer noch viel zu wenig Aufmerksamkeit, da vielfach die Meinung vertreten wird, daß Psychotherapie entweder ein sehr wirkungsvolles Verfahren sei oder eben überhaupt keine Wirkungen zeige, so daß man sich um Nebenwirkungen kaum Gedanken machen müsse. Sofern nicht wesentliche Prinzipien einer verantwortungsvollen therapeutischen Arbeit verletzt werden, wie sie sich zum Beispiel bei sexuellen Übergriffen als Form eines Machtmißbrauchs darstellen, wobei hier natürlich fließende Übergänge zu anderen Formen des Machtmißbrauchs bestehen (z. B. *Gabbard* 1989), geht man davon aus, daß keine negativen Effekte auftreten. Aber von diesen offensichtlichen Formen, in denen gegen berufsethische Grundsätze (*Arnold, Sonntag* 1994) verstoßen wird, soll hier nicht die Rede sein, sondern es geht vielmehr um grundsätzlichere Zusammenhänge zwischen heilenden und schädigenden Wirkungen therapeutischer Interventionen und Begegnungen. Wenn man von negati-

ven Therapieeffekten spricht, dann handelt es sich dabei einmal um die *mittelbaren* Effekte, die sich grundsätzlich mit der Aufnahme und Fortführung einer Therapie ergeben, so zum Beispiel die Gefahren der Etikettierung, Auswirkungen im Beschäftigungsbereich sowie mögliche Folgen bei Sorgerechtsentscheidungen (Rummel 1994), die sich aus mehr oder weniger veränderbaren und sich verändernden Kontextbedingungen ergeben, in denen diese Vorgänge vor allem gesellschaftlich eingebettet sind.

Uns interessieren außer diesen aber besonders die unmittelbaren Auswirkungen, die direkt als Folgen mit spezifischen Handlungen der Therapeuten (Interventionen) verbunden sind, wobei wiederum uninteressant ist, worin Therapeuten entsprechend ihrer Schule oder ihres persönlichen Selbstverständnisses ihre wesentlichen Interventionen sehen. Dies wird auf dem Hintergrund der Forschungsergebnisse um so deutlicher, die so wenig direkte Zusammenhänge zwischen den vermuteten wirkungsvollen Interventionen und dem Ergebnis einer Therapie finden, sondern eher Zusammenhänge zu anderen beobachtbaren Phänomenen herstellen, die oft gerade in den ursprünglichen Theoriekonzepten weniger bedeutsam waren (Watzlawick 1989; Omer 1992; Prochaska, DiClemente 1992; Norcross et al. 1993; Benjamin 1993; Orlinsky, Grawe, Parks 1994; Arnkoff, Victor, Glass 1993).

Eine differenzierte Auseinandersetzung mit Nebenwirkungen sollte zum Beispiel Veränderungen im Lebensstil der Klienten und Therapeuten beschreiben. Hierbei können die Auswirkungen einer Ausbildung auf den Lebensstil von Ausbildungskandidaten wahrscheinlich noch wesentlich weitergehend sein (vgl. z. B. Stierlin 1994, S. 70f; Frühmann, Petzold 1993), was sicherlich auch so manche kritische Perspektive nötig hätte (Rummel 1994), denn sie sind ja nicht unbedingt als vom Klienten bewußt gewählte Wirkungen zu sehen, sondern werden ihm im Zuge der Behandlung mitgeliefert.

Die wenigsten Menschen unterziehen sich einer Blinddarmoperation, weil sie auch eine Narbe auf dem Bauch haben wollen, sondern meistens nehmen sie diese als „kleineres Übel“ im Vergleich zu den Folgen einer Blinddarmentzündung mit in Kauf. Auch Veränderungen im Problembewältigungsverhalten in unterschiedlichen Bereichen des Lebens stellen unter Umständen typische Nebenwirkungen dar, wie man sie jetzt schon bei vielen Menschen in unterschiedlichen Formen der Introspektion, der Reflexion über Möglichkeiten der eigenen Selbstverwirklichung etc. feststellen kann. Natürlich können diese Veränderungen auch zum Teil als positive Effekte einer Therapie verbucht werden, aber dann müssen sie entweder durch einen Klienten vorher als solche gewünscht werden, oder aber sie müssen aus einer externen Beurteilerposition als allgemein wünschenswerte Veränderungen im Verhalten bewertet werden. Dies wäre z. B. bei der Veränderung delinquenten Verhaltens der Fall, auch wenn der

Klient zu Beginn der Behandlung vielleicht nicht die Therapieziele des Behandlers teilt.

Im Bereich der Medizin finden wir oft unterschiedliche Wege einer Symptombeseitigung, die sich zum Beispiel zwischen medikamentösen, operativen und chiropraktischen Vorgehensweisen bewegen können. Später dann kann man aufgrund der Nebenwirkungen oft auf eine durchgeführte Behandlung schließen, nicht aber aus dem Ausmaß der eingetretenen Heilung. Die unterschiedlichen Wege nach Rom unterscheiden sich nicht daran, daß man mehr oder weniger schnell nach Rom gekommen ist, sondern darin, welche Erfahrungen man in welcher Zeit dabei gemacht hat, weil eine Wanderung über die Alpen andere Erfahrungen beschert als eine Flugreise. In diesem Bereich müßten Effekte von Therapie mit ihren Auswirkungen vor allem im Hinblick darauf, wie Menschen sich mit ihrer sozialen und naturgegebenen Umwelt auseinandersetzen, viel genauer erfaßt werden, was einen völlig anderen Zugang darstellt, als er durch Effektstärkenberechnungen (wie sie oft durchgeführt werden und ihre gute Berechtigung zur Objektivierung von umgrenzten Verhaltensänderungen haben) möglich ist.

Auch hier verweisen die Katamneseergebnisse von *Snyder et al.* (1991) auf den sozialen Bereich, der in der Evaluation therapeutischer Effekte sicherlich immer wichtiger werden wird. Therapien unterscheiden sich hier wahrscheinlich viel erheblicher, als sie sich im Ausmaß der Symptombesserung unterscheiden, die trotzdem grundsätzlich primäres Behandlungsziel bleiben sollte. Natürlich ist auch hier unter Umständen zu fragen, welche Mittel nun tatsächlich nicht mehr vertretbar sind, ob also bestimmte therapeutische Methoden vorgezogen werden sollten, weil ihre „Nebenwirkungen“ geringer oder tolerierbarer sind.

Zur Evaluation Integrativer Therapien

Ausgehend vom Ausverkauf klassischer therapieschulenspezifischer Erklärungsmodelle werden immer mehr Stimmen laut, die für eine schulenübergreifende oder integrative Psychotherapie plädieren (z. B. *Petzold 1974k, 1991, 1992, 1993; Goldfried 1991; Horowitz 1991; Prochaska, Rossi, Wilcox 1991; Nocross, Goldfried 1992; Norcross et al. 1993; Robins 1993; Stricker, Gold 1993; Grawe, Donati, Bernauer 1994. Arnkoff & Glass (1992) fanden, daß sich 1/3 bis 50% aller Therapeuten in ihrem Selbstverständnis als eklektisch bezeichnen, also eine Methodenintegration offensichtlich in der Praxis schon weit fortgeschritten ist. Demgegenüber beklagt Lambert (1992, S. 49), daß es im Bereich eklektischer Ansätze nicht genügend Forschungsergebnisse gebe, als daß man darüber einen Handbuchartikel schreiben könnte. Entgegen seiner Auffassung finden sich schon in der Zusammenstellung von*

Grawe und Mitarbeiterinnen (1994), die Studien bis 1983 einbezogen haben, 22 Studien (im Gegensatz z. B. von nur 7 zur Gestalttherapie), die 1743 Patienten/Klienten betrafen. Davon wurden 14 explizit von den Autoren als eklektische Methoden beschrieben, während weitere 8 Studien als richtungsübergreifende Behandlungskombinationen von den Auswertern eingestuft wurden, denen eine recht eindrucksvolle Wirkbilanz besonders im Kontrollgruppenvergleich bescheinigt wird. Die Verfahren führten fast durchgängig zu signifikanten Besserungen der Hauptsymptomatik, was weiter die Annahme stützt, daß spezifische Behandlungsprogramme effektiver sind als schulenkonforme Vorgehensweisen (Grawe, Donati, Bernauer 1994, S. 649). Auch Glass, Victor & Arnkoff (1993, S. 20f) unterstreichen die Hinweise auf die Effektivität, schränken allerdings auch ein, daß eine tatsächliche Überprüfung der Effektivität eklektischen Vorgehens eine unglaubliche Anzahl von Fällen mit den unterschiedlichsten Störungen erforderlich macht, da das richtungsübergreifende Vorgehen sich durch eine extreme Heterogenität im therapeutischen Vorgehen auszeichnet und die Basis der Gemeinsamkeiten klein ist. Grawe und Mitarbeiterinnen hatten allerdings ein recht leicht zu erfüllendes Kriterium verwendet: Eine Studie wurde als richtungsübergreifend zugeordnet, wenn Methoden aus mindestens zwei Therapierichtungen angewandt wurden, was natürlich bei vielen spezifischen Behandlungsprogrammen bei unterschiedlichen Störungen der Fall ist und als tertium comperationis ein untaugliches Evaluationsmerkmal ist.

Gerade im Unterschied zu einem breiten Ansatz, wie er sich in der Integrativen Therapie von Petzold (1991a, 1992a, 1993a) darstellt, muß man die meisten der hier untersuchten Verfahren wahrscheinlich lieber vorsichtig als Studien zur differentiellen Methodenkombination beschreiben. Damit steht der Ansatz der Integrativen Therapie von Petzold in einem scharfen Kontrast etwa zu einer Einschätzung von Lambert, der zufolge sich die integrativen Konzepte durch ihre atheoretische und pragmatische Grundhaltung auszeichnen, so daß sie empirischer Forschung ausgesprochen offen gegenüberstehen (Lambert 1992, S. 95). Integrative Therapie ist explizit offen für neue Entwicklungen konzipiert (Petzold 1991a), berücksichtigt Erkenntnisse der Babyforschung (1993c), die menschliche Entwicklung in der Lebensspanne (1992a, S. 649ff) und die aktuelle Lebenswelt der Klienten unter multiplen Perspektiven (1992a). Daraus ergibt sich eine vielgestaltige Praxis, die besonders durch den Einsatz kreativer Medien unter Berücksichtigung der Beziehung im Therapieprozeß gekennzeichnet ist. So weist Moser (1994, S. 5) sicherlich nicht zu Unrecht auf eine Gefahr hin, wenn in diesem Ansatz „Therapieform um Therapieform“ angegliedert würde und so ein komplexer Ansatz entstehe, der in seiner Differenziertheit als Herausforderung und für die praktische

Arbeit leicht als Überforderung erscheinen kann. Dieser Gefahr wird in der Integrativen Therapie dadurch begegnet, daß nur spezifische Elemente, die systematisch anhand von Integratoren selektiert werden, aufgenommen werden (Herzog 1982, S. 27; Petzold 1992a, S. 1025), und zwar solche, die *konzeptsynton* sind. Integratoren und Zeitkonzepte, anhand derer die Kompatibilität eines neuen Elementes auf verschiedenen Ebenen geprüft wird (Petzold 1993n, S. 78; 1994g) und durch die Schritte zur Komplexitätsreduktion unternommen werden können.

Beitman (1994, S. 204) vergleicht Integrative Ansätze in den USA mit einem Elefanten, der mehrere essentielle Bestandteile aus den unterschiedlichsten Therapien enthalte, so daß man glauben könnte, wenn man sich zum Beispiel unter Ausblendung der anderen Teile einem Teil zuwendet, daß es sich hier wohl um die eigene Therapieform handeln müsse. Auf diese Weise sei völlig der Blick auf das Ganze verlorengegangen, und kaum jemand sei mehr in der Lage, das ganze Tier zu überblicken, wenngleich sich immer mehr mit ihm wohlfühlen können, was wahrscheinlich daran liegt, daß sie sich einfach an ihr Teil halten. Er fordert deshalb nachdrücklich, eine Konferenz abzuhalten, damit endlich aufgehört wird, immer weiter zu explorieren, was noch alles gehen könnte, ohne Ausschlusskriterien definieren zu können, was nicht aufgenommen werden kann. Für theoriegeleitete Ansätze wie die „Integrative Therapie“ ist die Exploration neuer Wege streng theoriegeleitet im Sinne einer systematischen Erarbeitung „weißer Flecken“ auf der Karte notwendigen klinischen Wissens.

In dieser Situation ergeben sich vielfältige Herausforderungen für die Evaluation eines solchen Ansatzes:

(1) Wenn aus vielen Ansätzen Anteile in einer Praxeologie vorhanden sind, ist dann zu erwarten, daß sich hieraus eine Akkumulation der positiven Effekte oder Synergieeffekte (Petzold 1974k) ergeben?

(2) Muß analog zur Annahme über die Akkumulation positiver Effekte auch von der Möglichkeit ausgegangen werden, daß sich die negativen Effekte ebenso akkumulieren können (negative Synergien)?

(3) Gibt es spezifische Interaktionseffekte zwischen diesen Effekten, das heißt, welche unerwünschten Effekte sind zwangsläufige Kehrseiten zur Erreichung der positiven Effekte?

(4) Wie differenziert und breit muß eine Evaluation eines so breiten Ansatzes sein, oder sollte man sich vorerst auf die Erfassung wesentlicher Haupteffekte konzentrieren, und welche sollten diese sein?

(5) Welche differentiellen Indikationen macht die Breite des Ansatzes möglich bzw. erforderlich.

Auf die ersten drei Fragen, die auch eine generelle epistemologische Grundsatzdiskussion über komplexe Vorgänge in therapeutischen Veränderungsprozessen implizieren, soll hier jetzt nicht weiter

eingegangen werden, wengleich sie sicherlich einige Überlegungen später wieder notwendig machen; aber eine differenzierte Evaluation würde wahrscheinlich Auskunft darüber geben, über welche Aspekte weiter nachgedacht werden müßte. Wesentlich ist allerdings, sensible Meßinstrumente zu verwenden, die in der Lage sind, relevante Effekte zu erfassen, diese mit den Effekten anderer therapeutischer Methoden zu vergleichen und differentielle Wirkungen zu erfassen. Deshalb ist es notwendig, allgemein verbreitete Instrumente zur Erhebung zu verwenden, wie sie sich als Basisverfahren in der Forschung durchsetzen, um möglichst genau Wirkungen in unterschiedlichen Bereichen zu erfassen. Dabei erscheint es sinnvoll, sich an den 10 Bereichen zu orientieren, wie sie von *Grawe* konzipiert wurden (*Grawe, Donati, Bernauer* 1994, 64), in welchen Veränderungen zu erwarten sind und in denen Messungen erfolgen können:

- „1. Globale Erfolgsbeurteilung.
2. Individuell definierte Problematik oder Symptomatik.
3. Hauptsächliche Symptomatik oder Problematik, im Unterschied zu
2. für alle Patienten gleich.
4. Sonstige Befindlichkeitsmasse.
5. Veränderungen im Persönlichkeits- oder Fähigkeitsbereich.
6. Veränderungen im zwischenmenschlichen Bereich.
7. Veränderungen im Freizeitbereich.
8. Veränderungen im Arbeits- und Berufsbereich.
9. Veränderungen im sexuellen Bereich.
10. Veränderungen in psychophysiologischen Massen.“

Auf dem Hintergrund der voranstehenden Ausführungen sollte man noch ergänzend erfassen:

11. Veränderungen von normativen Orientierungen.
12. Veränderungen von Deutungsschemata für soziale Zusammenhänge.

Darüber hinaus sollte an die verwendeten Erhebungsinstrumente die Forderung gestellt werden, daß sie zu einer direkten therapieprozeßorientierten Nutzung dienen sollten, also Daten erheben, die vom Therapeuten und Klienten direkt verwendet werden können. Tatsächlich bedeutsame Daten sollten diese Forderung erfüllen, weil kaum zu erwarten ist, daß erhobene Daten, die nur für die Forschung relevant sind, tatsächlich relevante Aspekte erheben, wenn sie nicht auch von den am Prozeß Beteiligten als sinnvoll erkannt werden können. Einige Beispiele finden sich in der Arbeit von *Grawe & Braun* (1994), die eine solche integrierte Therapie-Forschungs-Vorgehensweise demonstrieren.

Hier scheint die nächste Integrationsleistung der Integrativen Therapie zu liegen, nämlich eine integrative Therapie-Forschung-Tradition zu entwickeln, die einerseits den Anschluß an bestehende Standards findet, wie sie im Handbuch von *Bergin & Garfield* (1994)

dargestellt sind, andererseits aber auch ihren eigenen Stil des Umgangs mit qualitätssichernder Forschung zu entwickeln, die genügend entdeckungsorientierte Anregung (Mahrer 1988) für die Weiterentwicklung von Praxis und Forschung ermöglicht; denn augenblicklich zeigen auch die Grenzen des variablenorientierten Ansatzes so deutlich, daß viel Raum für kreative Evaluation und Prozeßforschung besteht, die sich mit einer Erforschung der Therapie in der *alltäglichen Praxis* beschäftigt, wie sie immer wieder gefordert wird.

Zusammenfassung (ergänzt neu in 2016 erstellt, angehängt am Ende dieser Datei):

Anhand ausgewählter Ergebnisse und Methoden der aktuellen psychotherapeutischen Outcome- und Prozeßforschung werden grundsätzliche Schwierigkeiten und mögliche Lösungswege für praxisrelevante Perspektiven der Psychotherapieforschung, insbesondere integrative Ansätze erörtert. Unter dem Aspekt der Qualitätssicherung sollten pragmatische Verfahren entwickelt werden, die für die tägliche therapeutische Tätigkeit relevante Informationen bereitstellen. Dabei sollten zukünftig auch stärker potentiell negative Effekte therapeutischer Methoden erfaßt werden und Kamtnesen störungsspezifisch konzipiert werden.

Summary: *Psychotherapy research and integrative orientations*

Basic problems and solutions in psychotherapy process and outcome research are discussed with reference to integrative approaches and therapeutic practise. Pragmatic methods of quality maintainance should be developed that offer clinically relevant informations to the therapist. Negative therapeutic effects should be realized more intensely, and follow up investigations should be conceptualized disorder specific.

Key words: Psychotherapy research; quality control; negative therapy effects; integrative theory.

Literatur

- Alberti, L. (1994): Von quantitativer zur qualitativen Forschung. In: *Faller, H., Frommer, Jörg* (Hg.): *Qualitative Psychotherapieforschung. Grundlagen und Methoden*. Heidelberg: Asanger, S. 53-56.
- Alexander, J.F., *Holtzworth-Munroe, A., Jameson, P.* (1994): The process and outcome of marital and family therapy: research review and evaluation. In: *Garfield, S.L., Bergin, A.E.* (Eds.): *Handbook of psychotherapy & behavior change*, 4 ed. New York: John Wiley & Sons, S. 595-630.
- Ambühl, H. (1994): Internationale Studie zur Entwicklung der Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen. Ein Forschungsprojekt des „Collaborative Research Network“ (CRN). *Psychotherapeut* 39, S. 336-338.
- Antonovsky, A. (1979): *Health, stress and coping*. London: Jossey Bass.
- , (1987): *Unraveling the mystery of health*. London: Jossey Bass.
- Arnkoff, D.B., *Glass, C.R.* (1992): Cognitive therapy and psychotherapy integration. In: *Freedheim, D.K.* (Ed.): *History of psychotherapy: A century of change*. Washington, DC: American Psychological Association.

- , Victor, B.J., Glass, C.R. (1993): Empirical research on factors in psychotherapeutic change. In: Stricker, G., Gold, R. (Eds.): *Comprehensive handbook of psychotherapy integration*. New York: Plenum.
- Arnold, E., Sonntag, U. (1994) (Hg.): *Ethische Aspekte der Psychosozialen Arbeit – Beiträge zur Diskussion*. Tübingen: dgvt.
- Benjamin-Smith, L. (1993): Every psychopathology is a gift of love. *Psychotherapy Research* 3, S. 1-24.
- Bergin, A.E., Garfield, S.L. (1994): Overview, trends, and future issues. In: Garfield, S.L., Bergin, A.E. (Eds.): *Handbook of psychotherapy & behavior change*. 4 ed. New York: John Wiley & Sons, S. 701-733.
- Bergold, J.B., Flick, U. (1987) (Hg.): *Ein-Sichten. Zugänge zur Sicht des Subjekts mittels qualitativer Forschung*. Tübingen: dgvt.
- Beitman, B.D. (1994): Stop exploring! Start defining the principles of psychotherapy integration: Call for a consensus conference. *Journal of Psychotherapy Integration* 4 (3), S. 203-228.
- Bretz, J.H., Heekerens, H.-P., Schmitz, B. (1994): Eine Metaanalyse der Wirksamkeit von Gestalttherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie* 42, S. 241-260.
- Bunge, M. (1985): *Philosophy of science and technology*. 2 Bde., Dordrecht, Boston: Reidel.
- Caspar, F. (1993): Im Streit um die richtige Sicht der Wirksamkeitsforschung. *Psychotherapie Forum* 1, S. 96-99.
- , (1993a): Therapists' information processing in intake interviews: A methodological approach and finding. IVth SPR Meeting in Budapest 29.9. – 2.10.1993.
- Cierpka, M., Buchheim, P., Gitzinger, I., Seifert, Th., Orlinsky, D. (1993): Persönliche und berufliche Entwicklungen von Psychotherapeuten. Die Einflüsse auf die Programmauswahl der TeilnehmerInnen bei den Lindauer Psychotherapiewochen – eine empirische Studie. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 38, S. 336-351.
- Critt-Christoph, P., Mintz, J. (1991): Implications of therapist effects for the design and analysis of comparative studies of psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59 (1), S. 20-26.
- , Baranackie, J.S.K., Beck, A.T., Carroll, K., Perry, K., Luborsky, L., McLellan, A.Th., Woody, G.E., Thompson, L., Galagher, D., Zitrin, Ch. (1991): Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research* 1 (2), S. 81-91.
- Curtis, R.C., Stricker, G. (1992)(Eds.): *How people change: Inside and outside therapy*. Plenum series in social/clinical psychology, New York: Plenum Press.
- Donabedian, A. (1966): Evaluating the quality of medical care. *Milbank Meminger Foundation Quarterly* 44, S. 166-203.
- , et al (1972): *The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor: Health Administration Press.
- Eisler, I. (1992): A controlled trial of family therapy for anorexia nervosa: A five year follow-up. Vortrag an der Baltic Sea Conference. Kiel 17.9.92 (Abstract).
- Elkin, I. (1994): The ninth treatment of depression collaborative research program: where we began and where we are. In: Garfield, S.L., Bergin, A.E. (Eds.): *Handbook of psychotherapy & behavior change*. 4 ed. New York: John Wiley & Sons, S. 114-142.
- Elliott, R. (1984): A discovery-oriented approach to significant change events in psychotherapy: Interpersonal process recall and comprehensive process analysis. In: Rice, L.N., Greenberg, L.S. (Eds.): *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process*. New York: The Guilford Press, S. 249-286.
- , (1986): Interpersonal process recall (IPR) as a psychotherapy process research method. In: Greenberg, L.S., Pinsof, W.M. (Ed.): *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York, London: The Guilford Press, S. 503-528.
- , (1991): Five dimensions of therapy process. *Psychotherapy Research* 1 (2), S. 92-103.

- , (1991a): University of Toledo: Investigating significant therapy events. In: *Beutler, L.E., Crago, M.* (Eds.): *Psychotherapy research – An international review of programmatic studies*. Washington, DC: American Psychological Association, S. 317-321.
- , Anderson, C. (1994): Simplicity and complexity in psychotherapy research. In: *Russell, R.L.* (Ed.): *Reassessing psychotherapy research*. New York: The Guilford Press, S. 65-113.
- , Shapiro, D. (1992): Client and therapist as analysts of significant events. In: *Toukmanian, S.G., Rennie, D.L.* (Eds.): *Psychotherapy process research. Paradigmatic and narrative approaches*. London: Sage, S. 163-186.
- Eysenck, H.J. (1952): The effects of psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology* 16, S. 61-75.
- Fachauschuß Sucht des Wissenschaftsrates (1994)(Hg.): *Qualitätssicherung in der stationären Behandlung Abhängigkeitskranker*, Hilden: Schriftenreihe des Wissenschaftsrates der AHG.
- Faller, H. (1994): Das Forschungsprogramm „Qualitative Psychotherapieforschung. Versuch einer Standortbestimmung. In: *Faller, H., Frommer, J.* (1994)(Hg.): *Qualitative Psychotherapieforschung. Grundlagen und Methoden*. Heidelberg: Asanger.
- Frank, M., Fiegenbaum, W. (1994): Therapieerfolgsmessung in der psychotherapeutischen Praxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 23 (4), S. 268-275.
- Frühmann, R. (1994): Die Vermittlung therapeutischer Grundqualitäten im Prozeß der Lehranalyse aus der Sicht der Integrativen Therapie. In: *Frühmann, R., Petzold, H.G.* (1994): *Lehrjahre der Seele*. Paderborn: Junfermann, S. 331-363.
- , *Petzold, H.G.* (1994): *Lehrjahre der Seele*, Paderborn, Junfermann.
- Gabbard, G. (1989)(Ed): *Sexual exploitation in professional relationships*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Garfield, S.L. (1990): Issues and methods in psychotherapy process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58 (3), S. 273-280.
- , (1994): Psychotherapy in the 1990's. *Voices* (1), S. 65-72.
- , *Bergin, A.E.* (1986): Introduction and historical overview. In: *Garfield, S.L., Bergin, A.E.* (Eds.) *Handbook of psychotherapy & behavior change*. 3 ed. New York: John Wiley & Sons, S. 3-22.
- Gilligan, C. (1988): *Die andere Stimme, Lebenskonflikte und Moral der Frau*. München: Piper.
- Goldfried, M.R. (1991): Research issues in psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration* 1 (1), S. 5-25.
- Grawe, K. (1992a): Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau* 3 (43), S. 132-162.
- , (1994): Psychoanalytische Illusion und empirische Wirklichkeit. Eine Replik auf A.-E. Meyer. *Psychotherapeut* 39, S. 309-313.
- Grawe, K., Braun, U. (1994): Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 23 (4), S. 242-267.
- , *Caspar, F., Ambühl, H.* (1990a): Die Berner Therapievergleichsstudie: Fragestellung und Versuchsplan. *Zeitschrift für klinische Psychologie* 19, S. 294-315.
- , —, —, (1990b): Die Berner Therapievergleichsstudie: Prozeßvergleich. *Zeitschrift für klinische Psychologie* 19, S. 316-337.
- , —, —, (1990c): Die Berner Therapievergleichsstudie: Wirkungsvergleich und differentielle Indikation. *Zeitschrift für klinische Psychologie* 19, S. 338-361.
- , —, —, (1990d): Die Berner Therapievergleichsstudie: Zusammenfassung und Schlußfolgerungen. *Zeitschrift für klinische Psychologie* 19, S. 362-376.
- , *Donati, R., Bernauer, F.* (1994): *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Heidelberg: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Greenberg, J. (1994): Psychotherapy research: A clinician's view. In: *Talley, F., Strupp, H.H., Butler, S.F.* (1994): *Psychotherapy research and practice. Bridging the gap*. New York: Basic Books.
- Greenberg, L.S. (1986): Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54, S. 4-9.

- , (1991): Research on the process of change. *Psychotherapy Research* 1 (1), S. 3-16.
- , (1994): The investigation of change: Its measurement and explanation. In: *Russell, R.L. (Ed.): Reassessing psychotherapy research*. New York: The Guilford Press, S. 114-143.
- Habermas, J. (1980): Der Universalitätsanspruch der Hermeneutik. In: *Apel, K.O., Bormann, C., Bubner, R., Gadamer, H.G., Giegel, H.J., Habermas, J., Hermeneutik und Ideologiekritik*. Frankfurt: Suhrkamp, S. 120-159.
- Henry, W.P., Schacht, T.E., Strupp, H.H., Butler, S.F., Binder, J. (1993): Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Mediators of therapists' responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61 (3), S. 441-447.
- Herzog, W. (1991): Das moralische Subjekt. Pädagogische Intuition und psychologische Theorie. Bern: Huber.
- , Schweitzer, J. (1994): Anorexia nervosa – Ergebnisse und Perspektiven in Forschung und Therapie. *Familiendynamik* 19 (2) S. 182-187.
- Hill, C.E. (1994): From experimental to an exploratory naturalistic approach to studying psychotherapy process. In: *Russell, R.L. (Ed.): Reassessing psychotherapy research*. New York: The Guilford Press, S. 144-165.
- Hilliard, R.B. (1993): Single-case methodology in psychotherapy process and outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61 (3), S. 373-380.
- Hillmann, J., Ventura, M. (1992): A hundred years of psychotherapy and the world's getting worse. San Francisco: Harper Collins.
- Horowitz, L.M., Strauß, B., Kordy, H.M., von Alden, L.E., Wiggins, J.S., Pincus, A.L. (1994): Inventar zur Erfassung interpersonalen Probleme – Deutsche Version – Manual. Weinheim: Beltz.
- Horowitz, M.J. (1991): States, schemes, and control: General theories for psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration* 1 (2), S. 85-102.
- , Stinson, C., Curtis, D., Ewert, M., Redington, D., Singer, J., Bucci, W., Mergenthaler, E., Milbrath, C., Hartley, D. (1993): Topics and signs: Defensive control of emotional expression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61 (3), S. 421-430.
- Howe, J. (1980): Prozeßgeschehen in der Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M.: Lang.
- Jacob, U. (1994): Arbeitskreis Klinische Psychologen im Delegationsverfahren. *Info 17, Sektion Klinische Psychologie*, S.14-15.
- Jaeggi, E. (1991): Der Wechselbalg Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis* (2) S. 117-129.
- , (1994): Das Flimmern auf der Leinwand: Psychotherapieforschung und Psychotherapie. *Journal für Psychologie* 2, S. 53-63.
- Janssen, P.L., Schneider, W. (1994)(Hg.): Diagnostik in Psychotherapie und Psychosomatik. Stuttgart: G. Fischer.
- Jones, E.E. (1993): Introduction to special sections: Single-case research in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61 (3), S. 371-372.
- , Ghannam, J., Nigg, J.T., Dyer, F.P. (1993): A paradigm for single-case research: The time series study of a long-term psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61 (3), S. 381-394.
- Kächele, H. (1990): Einführung. In: *Tschuschke, V., Czogalik, D. (Hg.): Psychotherapie – Welche Effekte verändern? Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, S. 1-3.
- , (1992): Narration and observation in psychotherapy research: Reporting on a 20 year long journey from qualitative case reports to quantitative studies on the psychoanalytic process. *Psychotherapy Research* 2 (1), S.1-15.
- , (1993): Der lange Weg von der Novelle zur Einzelfallanalyse. In: *Stuhr, U., Deneke, F.-W. (Hg.): Die Fallgeschichte. Beiträge zu ihrer Bedeutung als Forschungsinstrument*. Heidelberg: Asanger, S. 32-42.
- Kardorff, E.v., Stark, W. (1987): Die Verknüpfung professioneller und alltäglicher Hilfsnetze. In: *Keupp, H., Röhrle, B. (1987): Soziale Netzwerke*, Frankfurt, Campus, S. 219-244.

- Kazdin, A.E. (1993): Series editor's introduction. In: *Weisz, J.R., Weiss, B.* (1993): Effects of psychotherapy with children and adolescents. Newbury Park: Sage.
- , (1994): Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. In: *Garfield, S.L., Bergin, A.E.* (Eds.) *Handbook of psychotherapy & behavior change*. 4 ed. New York: John Wiley & Sons, S. 19-71.
- Keupp, H., Röhrle, B. (1987): *Soziale Netzwerke*. Frankfurt: Campus.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J., Chevron, E.S. (1984): *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.
- L'Abate, L., Bagarozzi, D.A. (1993): *Sourcebook of marriage and family evaluation*. New York: Brunner & Mazel.
- Laireiter, A. (1993)(Hg.): *Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Lambert, M.J. (1991): Introduction to psychotherapy research. In: *Beutler, L.E., Crago, M.* (Eds.): *Psychotherapy research – An international review of programmatic studies*. Washington, DC: American Psychological Association, S. 1-11.
- , (1992): Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In: *Norcross, J.C., Goldfried, M.R.* (Eds.) *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books, S. 94-129.
- , Bergin, A.E. (1994): The effectiveness of psychotherapy. In: *Garfield, S.L., Bergin, Allen E.* (Eds.) *Handbook of psychotherapy & behavior change*, 4 ed. New York: John Wiley & Sons, S. 143-189.
- , Hill, C.E. (1994): Assessing psychotherapy outcomes and processes. In: *Garfield, S.L., Bergin, A.E.* (Eds.): *Handbook of psychotherapy & behavior change*. 4 ed. New York: John Wiley & Sons, S. 72-113.
- Linder, H.T., Klein, M., Funke, W. (1994): Qualitätssicherung: Konzepte, Vorgehensweisen, Kritiken am Beispiel stationärer Entwöhnungsbehandlungen von Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigen. In: *Fachausschuß Sucht des Wissenschaftsrates* (Hg.): *Qualitätssicherung in der stationären Behandlung Abhängigkeitskranker*. Hilden: Schriftenreihe des Wissenschaftsrates der AHG, S. 71-77.
- Luborsky, L. (1984): *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive expressive treatment*. New York: Basic Books.
- , Barber, J.P. (1993): Benefits of adherence to psychotherapy manuals, and where to get them. In: *Miller, N., Luborsky, L., Barber, J.P., Docherty, J.P.* (1993)(Eds.): *Psychodynamic treatment research. A handbook for clinical practice*. New York: Basic Books, S. 211-226.
- , Crits-Christoph, P., Mintz, J., Auerbach, A. (1988): *Who will benefit from psychotherapy? Predicting therapeutic outcomes*. New York: Basic Books.
- , Woody, G.E., McLellan, A.T., O'Brien, C.P. (1982): Can independent judges recognize different psychotherapies? An experiment with manual-guided therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 50 (1), S. 49-62.
- Mahrer, A.R. (1988): Discovery-oriented psychotherapy research – Rationale, aims, and methods. *American Psychologist* 43 (9), S. 694-702.
- Margraf, J., Barlow, D.H., Clark, D.M. (1993): Psychological treatment of panic: Work in progress on outcome, active ingredients, and follow-up. *Behavior Research and Therapy* 31, S. 1-8.
- , Schneider, S. (1989): *Panik, Angstanfälle und ihre Behandlung*. Berlin: Springer.
- Märtens, M. (1994a): *Psychotherapie aus der Vogelperspektive. Die Rekontextualisierung therapeutischer Prozesse*. TU Berlin: Dissertation.
- , (1994b): *Parodi und das Dilemma des Psychotherapieforschens: Forschungsperspektiven diesseits und jenseits therapeutischer Begegnung*. In: *Faller, H., Frommer, J.* (Hrsg.) *Qualitative Psychotherapieforschung*. Heidelberg: Asanger, S. 311-325.
- Maturana, H.R., Varela, F.J. (1987): *Der Baum der Erkenntnis: Die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens*. Bern: Scherz.
- McCullough, L. (1994): Standard and individualized psychotherapy outcome measures: A core battery. In: *Talley, F., Strupp, H.H., Butler, S.F.* (1994): *Psychotherapy*

- research and practice. A handbook for clinical practice. New York: Basic Books, S. 469-496.
- Meyer, A.E. (1990): Wodurch wirkt Psychotherapie? In: Lang, H. (Hg.): Wirkfaktoren der Psychotherapie. Berlin: Springer, S. 179-188.
- , (1994): Über die Wirksamkeit psychoanalytischer Therapie bei psychosomatischen Störungen. *Psychotherapeut* 39, S. 298-308.
- Miller, N., Luborsky, L., Barber, J.P., Docherty, J.P. (1993)(Eds.): Psychodynamic treatment research. A handbook for clinical practice. New York: Basic Books.
- Moras, K., Telfer, L.A., Barlow, D.H. (1993): Efficacy and specific effects data on new treatments: A case study strategy with mixed anxiety-depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61 (3), S. 412-421.
- Moser, T. (1994): Zu viel Therapie, zu wenig Integration. *Integrative Therapie* 20 (1-2), S. 5-22.
- Müller, B., Müller-Ebert, J. (1994): Die Bedeutung der Lehrtherapie in der Gestalttherapie. In: Frühmann, R., Petzold, H.G. (Hg.): Lehrjahre der Seele, Paderborn: Junfermann, S. 223-256.
- Nestmann, F. (1988): Die alltäglichen Helfer. Berlin: de Gruyter.
- Norcross, J.C., Glass, C.R., Arnkoff, D.B., Lambert, M.J., Shoham, V., Stiles, W.B., Shapiro, D.A., Barkham, M., Strupp, H.H. (1993): Research directions for psychotherapy integration: a roundtable. *Journal of Psychotherapy Integration* 3 (2), S. 91-131.
- , Goldfried, M.R. (1992)(Eds.): Handbook of psychotherapy integration. New York: Basic Books.
- Omer, H. (1992): Theoretical, empirical, and clinical foundations of the concept of „therapeutic impact“. *Journal of Psychotherapy Integration* 2 (3), S. 193-206.
- , (1994): Critical interventions in psychotherapy. New York/London: W.W. Norton & Co.
- Orlinsky, D.E., Geller, J.D. (1994): Patients' representations of their therapists and therapy: New measures. In: Talley, F., Strupp, H.H., Butler, S.F. (Eds.): Psychotherapy research and practice. A handbook for clinical practice. New York: Basic Books, S. 423-467.
- , Grawe, K., Parks, B.K. (1994): Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. In: Garfield, S.L., Bergin, A.E. (Eds.): Handbook of psychotherapy & behavior change. 4 ed. New York: John Wiley & Sons, S. 270-378.
- , Howard, K.I. (1986): Process and outcome in psychotherapy. In: Garfield, S.L., Bergin, A.E. (Eds.): Handbook of psychotherapy & behavior change. 3 ed. New York: John Wiley & Sons, S. 311-384.
- , Russell, R.L. (1994): Tradition and change in psychotherapy research: Notes on the fourth generation. In: Russell, R.L. (Ed) Reassessing psychotherapy research. New York: The Guilford Press, S. 185-214.
- Perls, F.S. (1969): Cowichan lecture on Gestalt Therapy and integration. Lake Cowichan.
- Petzold, H.G. (1974k): Integrative Bewegungstherapie. In: Petzold, H.G. (1974j): Psychotherapie und Körperdynamik: Paderborn: Junfermann, S. 285-404.
- , (1979c): Zur Veränderung der sozialen Mikrostruktur im Alter – eine Untersuchung von 40 „sozialen Atomen“ alter Menschen. *Integrative Therapie* 1/2, S. 51-78.
- , (1983i): Zur Ausbildung von dynamisch orientierten Leib- und Bewegungstherapeuten, Schwerpunktthema Körpertherapie, *Gruppendynamik* 1, S. 1-84.
- , (1988a): Integrative Therapie als intersubjektive Hermeneutik bewußter und unbewußter Lebenswirklichkeit. Düsseldorf: Fritz Perls Institut.
- , (1991a): Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden für eine schulübergreifende Psychotherapie. Bd. 1: Klinische Philosophie. Paderborn: Junfermann.
- , (1992a): Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden für eine schulübergreifende Psychotherapie. Bd. 2: Klinische Theorie. Paderborn: Junfermann.
- , (1992c): Bemerkungen zur Bedeutung frühkindlicher Gedächtnisentwicklung für die Theorie der Pathogenese und die Praxis regressionsorientierter Leib- und Psychotherapie. *Gestalt und Integration* 1, S. 100-109.

- , (1992e): Integrative Therapie in der Lebensspanne. In: *Petzold, H.G.* (1992a), S. 649-788.
- , (1993a): Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Bd. 3: Klinische Praxeologie. Paderborn: Junfermann.
- , (1993c)(Hg.): Psychotherapie und Babyforschung, Paderborn: Junfermann.
- , (1993i): Zur Integration motopädagogischer, psychotherapeutischer und familientherapeutischer Interventionen in der Arbeit mit geistig Behinderten. In: *Koch, U., Lotz, W., Stahl, B.* (1994): Die psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen. Bern: Huber, S. 226-240.
- , (1993n): Zur Frage nach der „therapeutischen Identität“ in einer pluralen therapeutischen Kultur am Beispiel von Gestalttherapie und Integrativer Therapie – Überlegungen (auch) in eigener Sache. In: *Petzold, H.G., Sieper, J.* (Hg.): Integration und Kreation. Paderborn: Junfermann, S. 51-92.
- , (1993p): Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik – Prinzipien, Methoden, Techniken. In: *Petzold, H.G., Sieper, J.* (Hg.): Integration und Kreation. Paderborn: Junfermann, S. 267-340.
- , (1994a): Mehrperspektivität als Metakonzzept Integrativer Supervision. Düsseldorf: Fritz Perls Institut.
- , (1994c): Metapraxis: Die „Ursachen hinter den Ursachen“ oder das „doppelte Warum“ – Skizzen zum Konzept „multipler Entfremdung“ und einer „anthropologischen Krankheitslehre“ gegen eine individualisierende Psychotherapie. In: *Hermer, M.* (Hg.): Die Gesellschaft der Patienten, DGVT-Verlag, Tübingen 1995.
- , (1994e): Psychosoziale Arbeit mit alten Menschen – Ansätze, Aufgaben und Zukunftsperspektiven. Beitrag auf der Fachtagung „Behinderung im Alter“ am 22. – 23.11.1993 in Köln. Düsseldorf: Fritz Perls Institut.
- , Orth, I. (1994): Weiterbildung von Lehrtherapeuten – ein Muß für die Qualitätssicherung in der Ausbildung von Psychotherapeuten. Konzepte für die Mitarbeiterfortbildung an FPI und EAG. *Gestalt und Integration 2* (1994).
- , Lemke, J., Rodriguez-Petzold, F. (1994): Die Ausbildung von Lehrsupervisoren – Überlegungen zur Feldentwicklung, Zielsetzung und didaktischen Konzeption aus Integrativer Perspektive. *Gestalt und Integration 2* (1994).
- Popper, K. (1934): Die Logik der Forschung. Tübingen: Mohr, 3. erw. Aufl. 1969.
- Priebe, S. (1992): Die Bedeutung der Patientenmeinung: Initiale Bewertung und Verlauf psychiatrischer Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- , Polzer, U. (1992): Subjektive Bewertung psychiatrischer Behandlungen durch die Betroffenen. In: *Brennecke, R.* (Hg.): Sozialmedizinische Ansätze der Evaluation im Gesundheitswesen. Bd. 1: Grundlagen und Versorgungsforschung. Berlin: Springer, S. 222-229.
- Pritz, A., Petzold, H.G. (1992): Der Krankheitsbegriff in den psychotherapeutischen Schulen. Paderborn: Junfermann.
- Prochaska, J., DiClemente, C.C. (1992): The transtheoretical approach. In: *Norcross, J.C., Goldfried, M.R.* (Eds.): Handbook of psychotherapy integration. New York: Basic Books, S. 300-334.
- Prochaska, J.O., Rossi, J.S., Wilcox, N.S. (1991): Change processes and psychotherapy outcome in integrative case research. *Journal of Psychotherapy Integration 1* (2), S. 103-120.
- Rahm, D., Otte, H., Bosse, S., Ruhe-Hollenbach, H. (1993): Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Remschmidt, H. (1993): Klinische Psychologie des Kindes- und Jugendalters. Editorial. *Zeitschrift für klinische Psychologie 22* (2), S. 95-99.
- Richter, R. (1994): Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Editorial. *Zeitschrift für klinische Psychologie 23* (4), S. 233-235.
- Rief, W. (1994): Ein Plädoyer für eine praxisorientierte Psychotherapieforschung. *Report Psychologie 19*, S. 16-19.

- Robins, C.J. (1993): Implications of research in the psychopathology of depression for psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration* 3 (4), S. 313-330.
- Rüger, B. (1994): Kritische Anmerkungen zu den statistischen Methoden in Grawe, Donati und Bernauer: „Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession“. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 40 (4), S. 368-383.
- Rummel, C. (1994): Statt Pillen – das „wahre Ich“. Familienpolitische Überlegungen zum Psychotherapeutengesetz. *Integrative Therapie* 20, S. 168-183.
- Russel, G.F.M., Szmukler G.I., Dare C., Eisler, I. (1987): An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch. gen. Psychiatry* 44, S. 1047-1056.
- Russell, R.L. (1994): Critically reading psychotherapy process research: A brief enactment. In: *Russell, R.L. (Ed.): Reassessing psychotherapy research*. New York: The Guilford Press, S. 166-184.
- , (1994)(Ed.): *Reassessing psychotherapy research*. New York: The Guilford Press.
- Schauenburg, H. (1994): Grenzen der Kurzzeit-Therapie. Neue Trends in der Prozeßforschung. Bericht über die Internationale Jahrestagung 1994 der Society for Psychotherapy Research (SPR) in York, England, vom 28.6. bis 2.7.1994. *Psychotherapeut* 39 (6), S. 386-388.
- Schuch, B. (1990): Zum gegenwärtigen Stand der Social-Support-Forschung. *Gruppendynamik* 2, S. 221-234.
- Schulte, D. (1991)(Hrsg): *Therapeutische Entscheidungen*. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe.
- , (1992): Reizkonfrontation – Standardtherapie nur für Standardpatienten? *Verhaltenstherapie* 2, S. 335-338.
- , (1993): Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? Überblicksarbeit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 22 (4), S. 374-393.
- Schulze, G. (1992): *Die Erlebnisgesellschaft: Kultursoziologie der Gegenwart*. Frankfurt, New York: Campus (Studienausgabe 1993).
- Shapiro, D.A., Harper, H., Startup, M., Reynolds, S., Bird, D., Suokas, A. (1994): The high-water mark of the drug metaphor: A meta-analytic critique of process-outcome research. In: *Russell, R.L. (Ed.): Reassessing psychotherapy research*. New York: The Guilford Press, S.1-35.
- Shoham-Salomon, V., Hannah, M.T. (1991): Client-treatment interaction in the study of differential change processes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59 (2), S. 217-225.
- Silberschatz, G., Curtis, J.T. (1993): Measuring the therapist's impact progress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61 (3), S. 403-411.
- Skovolt, T.M., Ronnestad, M.H. (1992): *The evolving self. Stages and themes in therapist and counselor development*. New York: Wiley.
- Sloane, R.B, Staples, F.R, Cristol, A.H, *Yorkston, N.J, Whipple, K.* (1975): *Psychotherapy versus behavior therapy*. Cambridge: Harvard University Press (dt. Analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie. Stuttgart: Enke 1981).
- Smith, M.L., Glass, G.V., Miller, T.I. (1980) *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Snyder, D.K, Wills, R.M., Grady-Fletcher, A. (1991): Long-term effectiveness of behavioral versus insight-oriented marital therapy: A 4-year follow-up-study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59 (2), S. 138-141.
- Spence, D.P., Dahl, H., Jones, E.E. (1993): Impact of Interpretation on Associative Freedom. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61 (3), S. 395-402.
- Spencer-Brown, G. (1969): *Laws of form*. New York: Dutton.
- Stieglitz, R.-D. (1994): Selbst- und Fremdbeurteilung in der psychologisch-psychiatrischen Diagnostik und Therapieforchung. In: *Janssen, P.L., Schneider, W. (Hg.): Diagnostik in Psychotherapie und Psychosomatik*. Stuttgart: G. Fischer.
- Stierlin, H. (1994): *Ich und die anderen. Psychotherapie in einer sich wandelnden Gesellschaft*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stiles, W.B. (1992): Producers and consumers of psychotherapy research ideas. *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 1, S. 305-307.

- , Shapiro, D.A., Harper, H. (1994): Finding the way from process to outcome: Blind alleys and unmarked trails. In: *Russell, R.L.* (Ed.): Reassessing psychotherapy research. New York: The Guilford Press, S. 36-64.
- Stricker, G., Gold, R.R. (1993)(Eds.): *Comprehensive handbook of psychotherapy integration*. New York: Plenum.
- Strupp, H.H., Binder, J.L. (1984): *Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books (Kurzpsychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta 1991).
- , Schacht, T.E., Henry, W.P. (1988): Problem-treatment-outcome congruence: A principle whose time has come. In: *Dahl, H., Kächele, H., Thomä, H.* (Eds.): *Psychoanalytic process research strategies*. Berlin: Springer, S. 1-14.
- Stuhr, U., Deneke, F.-W. (1993)(Hg.): *Die Fallgeschichte. Beiträge zu ihrer Bedeutung als Forschungsinstrument*. Heidelberg: Asanger.
- Svartberg, M., Stiles, T.C. (1994): Therapeutic alliance, therapist competence, and client change in short-term anxiety-provoking psychotherapy. *Psychotherapy Research* 4 (1), S. 20-33.
- Talley, F., Strupp, H.H., Butler, S.F. (1994): *Psychotherapy research and practice. Bridging the gap*. New York: Basic Books.
- Tress, W. (1994): Forschung zu psychogenen Erkrankungen zwischen klinisch-hermeneutischer und gesetzeswissenschaftlicher Empirie: Sozialempirische Marker als Vermittler. In: *Faller, H., Frommer, J.* (Hg.): *Qualitative Psychotherapieforschung. Grundlagen und Methoden*. Heidelberg: Asanger, S. 38-52.
- Tschuschke, V. (1993): *Wirkfaktoren stationärer Gruppenpsychotherapie. Prozeß – Ergebnisse – Relationen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- , Czogalik, D. (1990b): „Psychotherapie – Wo sind wir jetzt und wohin müssen wir kommen?“ Versuch einer Integration. In: *Tschuschke, V., Czogalik, D.* (Hg.): *Psychotherapie – Welche Effekte verändern? Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, S. 407-412.
- , Kächele, H., Hölzer, M. (1994): Gibt es unterschiedlich effektive Formen von Psychotherapie? *Psychotherapeut* 39, S. 281-297.
- van Orman, Quine W. (1969): *Grundzüge der Logik*. Frankfurt: Suhrkamp (Methods of logic. New York: Holt, Rinehart & Wilson 1964).
- VDR – Verband Deutscher Rentenversicherungsträger: Koordinationsstelle der Kommission zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (1992) (Hg.): *Bericht der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger: Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung*. Frankfurt/Main.
- Watzlawick, P. (1989): Ist Psychotherapie, was wir „Psychotherapie“ nennen? *Psychother. med. Psychol.* (39), S. 323-327.
- Weiss, J. (1990): Strategien des Unbewußten. *Spektrum der Wissenschaft*, Mai 1990.
- Wynne, L.C. (1988): Zum Stand der Forschung in der Familientherapie: Probleme und Trends. *System Familie* (1), S. 4-22.
- Wyss, D. (1982): *Der Kranke als Partner. Lehrbuch der anthropologisch-integrativen Psychotherapie*. 2 Bde., Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Zielke, M. (1993): *Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Anschrift der Verfasser:

Dr. Michael Märtens, Prof. Dr. Hilarion Petzold
 EAG Europäische Akademie - FPI Fritz Perls
 Institut, Wefelsen 5, 42499 Hueckeswagen

Zusammenfassung: Perspektiven der Psychotherapieforschung und Ansätze für integrative Orientierungen (Märtens, Petzold 1995a/2016)

Anhand ausgewählter Ergebnisse und Methoden der aktuellen psychotherapeutischen Outcome- und Prozessforschung werden grundsätzliche Schwierigkeiten und mögliche Lösungswege für praxisrelevante Perspektiven der Psychotherapieforschung, insbesondere integrative Ansätze erörtert. Unter dem Aspekt der Qualitätssicherung sollten pragmatische Verfahren entwickelt werden, die für die tägliche therapeutische Tätigkeit relevante Informationen bereitstellen. Dabei sollten zukünftig auch stärker potentiell negative Effekte therapeutischer Methoden erfasst werden und Katamnesen störungsspezifisch konzipiert werden. Dieser Text von 1994 wird hier erneut eingestellt, weil er auch heute noch wichtige Perspektiven zum Forschungsverständnis der Integrativen Therapie bietet. Er sollte zusammen mit den anderen Integrativen Arbeiten zum allgemeinen Forschungskonzept gelesen werden: *Steffan, A., Petzold, H.G.* (2011b): Das Verhältnis von Theorie, Forschung und Qualitätsentwicklung in der Integrativen Therapie.(Charta-Colloquium IV). *Integrative Therapie* 1, 63-104 und in: *Leitner, A.* (2001): Strukturen der Psychotherapie. Wien: Krammer Verlag. 447-491. Auch in *POLYLOGE* 12/2010. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/12-2010-steffan-a-petzold-h-g-das-verhaeltnis-von-theorie-forschung-und-qualitaetsentwicklung.htm>

und weiterhin zu einem Text mit feldspezifischer Programmatik (hier exemplarisch das Feld der Suchttherapie) aus der Sicht integrativer Forschungsinteressen, die für jeden Bereich der Psychotherapie umgesetzt werden könnten.

Petzold, H.G. (2006r): Therapieforschung und die Praxis der Suchtkrankenarbeit - programmatische Überlegungen – In: *Textarchiv* 2006. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2006r-therapieforschung-und-die-praxis-der-suchtkrankenarbeit-programmatische.html>

Schlüsselwörter: Psychotherapieforschung, Qualitätssicherung, negative Therapie-Effekte, Integrative Forschungstheorie, Integrative Therapie

Summary: Psychotherapy research and integrative orientations (Märtens, Petzold 1995a/2016)

Basic problems and solutions in psychotherapy process and outcome research are discussed with reference to integrative approaches and therapeutic practise. Pragmatic methods of quality maintainance should be developed that offer clinically relevant informations to the therapist. Negative therapeutic effects should be realized more intensely, and follow up investigations should be conceptualized disorder specific. This text from 1994 ist here posted anew, for it offers valuable perspectives on the conception of research in Integrative Therapy. It should be read together with some other integrative texts on the general ideas concerning research: *Steffan, A., Petzold, H.G.* (2011b): Das Verhältnis von Theorie, Forschung und Qualitätsentwicklung in der Integrativen Therapie.(Charta-Colloquium IV). *Integrative Therapie* 1, 63-104 und in: *Leitner, A.* (2001): Strukturen der Psychotherapie. Wien: Krammer Verlag. 447-491. Auch in *POLYLOGE* 12/2010.

<http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/12-2010-steffan-a-petzold-h-g-das-verhaeltnis-von-theorie-forschung-und-qualitaetsentwicklung.html>

Further more a chapter on field specific programmatics (here exemplified by the field off the therapy of addiction) can show the perspectives of integrative research interests, that could be used in any area of psychotherapy: *Petzold, H.G.* (2006r): Therapieforschung und die Praxis der Suchtkrankenarbeit - programmatische Überlegungen – In: *Textarchiv* 2006.

<http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2006r-therapieforschung-und-die-praxis-der-suchtkrankenarbeit-programmatische.html>

Keywords: Psychotherapy research, quality control, negative therapy effects, integrative theory of research, Integrative therapy