BERICHT
aus dem
PSYCHOLOGISCHEN INSTITUT DER UNIVERSITÄT HEIDELBERG

Reiner Bastine

PSYCHOTHERAPEUTISCHE PROZESSANALYSE

September 1987

Diskussionspapier Nr. 57

6900 HEIDELBERG 1, HAUPTSTR. 47-51, TEL. 06221/547346

"Wie und wodurch wirkt Psychotherapie?" - diese Frage ist bis heute zentrales Thema der Psychotherapieforschung. In bissig-ironischer Weise behandelt es Jay HALEY in seinem Artikel über "Wie man Ehetherapeut sein kann, ohne eine Ahnung zu haben" (1983).
Inwieweit wissen wir heute eigentlich eine Antwort darauf? Glücklicherweise - oder auch unglücklicherweise, je nach Standort - haben wir jüngst von kompetenter Seite einen Überblick über den Forschungsstand erhalten. ORLINSKY & HOWARD (1986) berichten über die empirisch nachgewiesenen Beziehungen zwischen Prozeßmerkmalen und den Ergebnissen von Psychotherapie. Ihrer Analyse haben sie die bis 1984 vorliegenden empirischen Untersuchungen zugrunde gelegt - immerhin eine Datenmenge von über 1.100 Einzelbefunden und immerhin eine Forschungsessenz aus mehr als 35 Jahren empirischer Psychotherapieforschung.

Aus dieser beeindruckenden Gesamtschau des Forschungsstandes ergeben sich zwei Feststellungen:

(1) Es gibt nur sehr wenig eindeutige Befunde und unter diesen so bemerkenswerte Sachverhalte wie die folgenden: Signifikant positive Beziehungen zum Behandlungserfolg bestehen mit

- der "globalen Qualität der therapeutischen Beziehung" ("the overall quality of the therapeutic bond itself", 366);

- der Vorbereitung des Patienten auf die Behandlung, z.B. durch Vortraining;

- der gegenseitigen Wertschätzung (affirmation) von Patient und Therapeut und einer beiderseits angestrebten Zusammenarbeit, sowie

- der schlichten Quantität an Behandlungsstunden.

(2) Im Hinblick auf weniger triviale und für das therapeutische Geschehen eigentlich interessante Zusammenhänge sind die meisten Ergebnisse äußerst widersprüchlich, beispielsweise zu der Frage, welche therapeutischen Maßnahmen wann und in welcher Weise wirksam sind.

ORLINSKY & HOWARD charakterisieren die Befundlage hierzu in einer Weise, die nur durch Zitat wiederzugeben ist:

> "Es wurden drei Aspekte therapeutischer Interventionen, die vom Therapeuten initiiert werden, untersucht: spezifische Techniken; der inhaltliche Fokus auf Interpretation und Konfrontation; fachliches Können und Gewandtheit des Therapeuten. (8) Konfrontation, Interpretation und Exploration schienen häufige, aber nicht konsistent wirkungsvolle Formen der therapeutischen Intervention zu sein, während Reflexion, Unterstützung, Rat erteilen und Selbstöffnung des Therapeuten nur eine geringfügige differentielle Beziehung zum Ergebnis zeigten. (9) Das therapeutische Fokussieren auf die Gefühle des Patienten führte auch häufig, aber nicht durchweg zu guten Ergebnissen, ebenso wie das Fokussieren auf die Übertragungsreaktionen des Patienten; jedoch war das Fokussieren des Therapeuten auf andere Hier-und-Jetzt-Bedingungen (außer auf die Gefühle und die Übertragungsbeziehung des Patienten) vergleichsweise wirkungslos. (10) Die Geschicklichkeit und das Können des Therapeuten erwiesen sich als bedeutungsvoller Faktor für den Behandlungsausgang." (ORLINSKY & HOWARD 1986, 364-365; eigene Übersetzung).

Gemessen an den Forderungen, die die psychotherapeutische Praxis an die Forschung stellt, sind derartig akribische und salomonisch anmutende Resumes wenig nützlich. Für die Praxis werden nämlich dringend Antworten gesucht auf Fragen wie: Unter welchen Umständen ist ein interpretierendes oder konfrontierendes Vorgehen klinisch angezeigt? Mit welchen Erfolgsaussichten und welchen Risiken ist dabei zu rechnen? (vgl. BASTINE & KOMMER 1979).

In der Forschung wurde auf dieses Dilemma weitgehend mit zwei Maßnahmen reagiert, nämlich einerseits der Standardisierung von Behandlungsbedingungen und -methodiken, andererseits dem Heranziehen von möglichst vielen Variablen im Rahmen der sogenannten multimethodalen Diagnostik.

Die Standardisierung der Behandlungsbedingungen zielt darauf ab, psychotherapeutische Veränderungsprozesse zu homogenisieren, um dadurch die Chance zu erhöhen, erwartete Unterschiede zwischen Behandlungsgruppen sichern zu können. Vor allem an Psychotherapie-Manuale wird diese Erwartung geknüpft. Positiv erscheint mir an dieser Entwicklung, daß im Rahmen der Manuale ein Konsens über die konkrete Durchführung von Therapien erarbeitet wird, die auf gesammeltes Expertenwissen zurückgreift; das Ergebnis dieses Konsenses wird wiederum der empirischen Überprüfung unterzogen. Dabei werden gleichzeitig die therapeutischen Ansatzpunkte und Vorgehensweisen für den Gebrauch in der Praxis und damit realitätsnah dargestellt, wie es etwa die Manuale zur Depressionsbehandlung zeigen (vgl. BECK, RUSH, SHAW & EMERY 1979; dtsch. 1981; KLERMAN, WEISSMAN, ROUNSAVILLE & CHEVRON 1984).

Hinsichtlich unserer Fragestellung, nämlich der Analyse psychotherapeutischer Prozesse, haben diese Ansätze bisher allerdings nur wenig Aufschlüsse erbringen können.

Die zweite Maßnahme, die Untersuchung zahlreicher Variablen im Rahmen einer "multimethodalen Diagnostik", zielt darauf ab, psychotherapeutische Veränderungen möglichst vollständig zu erfassen, um das offensichtlich sehr differenzierte Geschehen feinkalibrig zu registrieren.

Wie man sich leicht vorstellen kann, mußten beide Bestrebungen zu außerordentlich aufwendigen, multizentrischen Großgruppen-Untersuchungen führen, deren größte die vom NIMH koordinierte Vergleichsuntersuchung zur Depressionsbehandlung ist (ELKIN et al. 1985: "Treatment of Depression Collaborative Research Program"). Dennoch ist der Ertrag

dieser Art von Forschung sehr bescheiden, und ich habe eigentlich nur die Hoffnung, daß durch differenziertere Feinanalysen der gesamte Aufwand gerechtfertigt wird - sozusagen durch die "Nebenergebnisse".

Die "unglaubliche Glaubwürdigkeitskrise der Psychotherapie" (PARLOFF 1984) ist nicht nur eine, die der Psychotherapieforschung von außen durch die Notwendigkeit, Behandlungserfolge nachzuweisen, aufgezwungen wurde, sondern auch eine hausgemachte. Dabei sind in erster Linie einige der grundlegenden Annahmen der derzeitigen Forschungsansätze kritisch zu überprüfen.
Ich möchte es an dem Beispiel der "multimethodalen Diagnostik" verdeutlichen: Es kann ja nicht darum gehen, möglichst viele Variablen aus den verschiedensten Quellen (Klient, Therapeut, Familienmitglieder des Klienten, Partner, Experten, usw. zu erheben, bevor nicht geklärt ist, welche Merkmale in welchen Zusammenhängen überhaupt als bedeutsam angesehen werden (vgl. BASTINE 1987). Ohne derartige strukturelle Annahmen wird die Erfassung komplexer Daten lediglich neue Probleme, aber keine Klärung der aufgeworfenen Fragen erbringen.

Anstelle der unverdrossenen Kumulation signifikanter Befunde aus heterogenen Untersuchungen muß also vorrangig die theoretische und methodologische Reflexion über den Forschungsgegenstand treten. Schließlich kann das Muster der bisherigen Vergleichs- und Kontrollgruppenstudien nur wenig beitragen zum Verständnis des psychotherapeutischen Geschehens, d.h. wann und wie welche Bedingungen veränderungswirksam sind. Insbesondere ist nicht zu erkennen, wie sich daraus Einsichten über Voraussetzungen und Abläufe des therapeutischen Veränderungsprozesses ergeben sollen und Hinweise darauf, wie diese Prozesse kurz- und langfristig therapeutisch zu steuern sind. Ich werde dazu später noch Ausführlicheres sagen.

Und was für ein Erkenntnisgewinn ist schließlich zu erwarten, wenn qualitativ unterschiedliche Ergebnisse aus unter-

schiedlichen Stichproben, unterschiedlich gut begründeten und durchgeführten Behandlungen und oftmals recht schlicht angelegten Vergleichsgruppenstudien zusammengeworfen werden? (SHAPIRO 1987). Es wäre doch wohl schon fast ein Wunder, wenn sich aus einer derartigen Forschungsstrategie eine vernünftige und weiterführende Antwort auf die zentrale, richtig gestellte Frage der Prozeßforschung finden ließe: "Was ist wirklich therapeutisch an der Psychotherapie?" (ORLINSKY & HOWARD 1986, S. 311).

In meinen weiteren Überlegungen möchte ich mich ausschließlich auf den Prozeß der Psychotherapie konzentrieren und Probleme des Behandlungsergebnisses erst einmal ausklammern. Schon bei diesem Thema stoßen wir allerdings auf ungelöste Schwierigkeiten der gegenwärtigen Psychotherapieforschung. Ich möchte vor allem drei Fragen erörtern:

(1) Was ist ein "psychotherapeutischer Prozeß"?

(2) Welche methodologischen und methodischen Voraussetzungen sind bei der Erforschung dieses Geschehens zu berücksichtigen? Und schließlich:

(3) Welche Erwartungen können wir an psychotherapeutische Veränderungen knüpfen, wenn wir uns einmal bei nichtklinischen psychologischen Nachbarbereichen umsehen?

1. Was ist ein psychotherapeutscher Prozeß?

Daß diese Frage überhaupt gestellt werden muß, ist Ausdruck der gegenwärtigen Forschungssituation. Nachdem die Begründer und Wegbereiter der Psychotherapie sich intensiv mit dieser Frage auseinandergesetzt haben - beginnend bei Freud und später vor allem durch Rogers und deren Nachfolger -, ist die Diskussion darüber in der Psychotherapieforschung zunehmend verflacht. Beigetragen zu dieser Entwicklung haben theoretische, methodische und forschungspragmatische Gründe, so vor allem die Dominanz der Outcome-Forschung,

die übermäßige Orientierung am Vergleich von Therapieformen und -techniken, und schließlich ein fataler Mangel an nützlichen und weiterführenden "Prozeß-Definitionen".
Ich möchte vor allem diesen letzten konzeptuellen Punkt aufgreifen. Bezeichnet ist, daß in dem schon erwähnten Überblick von ORLINSKY & HOWARD (1986, 311-312) folgende Definition von Prozeß zugrundegelegt wird:

"Unter Prozeß verstehen wir alles, was in beobachtbarer Weise zwischen und jeweils innerhalb Patienten und Therapeuten während deren gemeinsamer Arbeit auftritt. Diese umfassende ("comprehensive!") Definition verweist auf die aktuellen Ereignisse, die innerhalb der Therapiesitzungen erscheinen, wie sie durch die Teilnehmenden selbst oder durch nichtbeteiligte Beobachter erkannt werden können" (eigene Übersetzung).
Eine derartige Prozeßbestimmung ist wenig fruchtbar. Es reicht keineswegs aus, den methodischen Aspekt der Beobachtbarkeit der Prozesse in den Vordergrund zu stellen, vielmehr muß die ganze Breite der Prozeßphänomene in ihrer Struktur erfaßbar sein. So sind generelle therapeutische Haltungen ebenso wie situationsspezifische Vorgehensweisen, therapeutische Erfahrungen der Klienten und deren persönliche Entwicklung innerhalb und vor allem auch außerhalb des therapeutischen Geschehens in eine Definition therapeutischer Prozesse einzubeziehen. Eine derartige Definition muß mindestens drei Elemente und deren Interaktionen enthalten, nämlich

(a) die Entwicklungsprozesse des Klienten innerhalb und außerhalb der therapeutischen Situation,
(b) die Bedingungen des therapeutischen Vorgehens einschließlich persönlicher Merkmale des/der Therapeuten/in, sowie
(c) die Rahmenbedingungen dieser institutionalisierten Beziehung.
(d) Schließlich ist zu berücksichtigen, daß diese Bedingungen miteinander in Interaktionen stehen.

(a) Ausgangspunkt und Angelpunkt einer umfassenden therapeutischen Prozeßtheorie müssen die Veränderungsprozesse des Klienten sein, da sich aus diesen Sinn und Zweck des gesamten Geschehens ableiten. Dabei ist die Einbindung des therapeutisches Geschehens in den Lebenskontext des Klienten unabdingbar, da die Behandlung abhängig ist einerseits von den Lebensbedingungen des Klienten, andererseits aber auch auf diese einwirken soll. So wünschenswert das auch aus Gründen der Einfachheit sein würde, kann sich eine Prozeßdefinition nicht nur auf das aktuelle Geschehen im Therapiezimmer und eben auch nicht nur auf die inneren und unmittelbar beobachtbaren Veränderungsprozesse des Klienten beschränken, sondern muß die kontextuellen Bedingungen und Entwicklungen mit berücksichtigen. Denn dies ist durchaus das Manko der älteren Prozeßtheorien, die vorwiegend auf die inneren Prozesse abgehoben haben, aber die wechselseitigen Bezüge mit den alltäglichen Lebensanforderungen, wie die biopsychologischen Bedingtheiten vernachlässigt haben. In diesem Sinne sind Veränderungen des Klienten in eine klinisch-psychologische Entwicklungstheorie einzubetten (vgl. auch BASTINE 1984).

(b) Ein zweites Element der Prozeßtheorie hat sich damit zu beschäftigen, wie diese Entwicklungsprozesse durch die Psychotherapie angeregt, gefördert und stabilisiert werden. Der Akzent liegt hier also auf den methodischen und persönlichen Bedingungen des therapeutischen Angebotes.

Obwohl dies nur eine sehr grobe Kategorisierung ist, wäre es zum Verständnis therapeutischer Prozesse bereits außerordentlich nützlich, deutlich zwischen intendierten und nicht-intendierten (oder proximalen versus distalen) Veränderungen zu unterscheiden. Ein wesentliches Merkmal psychotherapeutischer (wie auch pädagogischer) Maßnahmen ist es, daß sie auf bestimmte Veränderungen des Klienten und dessen Kontext gerichtet, also zielorientiert sind. Andererseits sind Behandlungsziele auch in dem Sinne "systemisch", als sich jede Intervention auch auf Bereiche auswirken wird, auf die die Behandlung gar nicht oder nicht in erster Linie abzielt. Auch dieser unbeabsichtigte Wandel kann durchaus therapeutisch sein - legt man die meisten der vergleichenden Therapiestudien zugrunde, könnte man sogar behaupten, daß die Veränderungen durch Therapie hauptsächlich auf nicht-intendierten Wirkungen beruhen, nämlich den sog. unspezifischen Behandlungsfaktoren. Am Beispiel einer familienorientierten Behandlung der psychosomatischen Problematik eines Kindes möchte ich zeigen, wie eine solche prozessuale Analyse aussehen müßte. Von der Familientherapie wurde erwartet, daß sie die pathogenen Aspekte des Familiensystems verändert, um die Symptomatik des Kindes langfristig "überflüssig" werden zu lassen. Verbesserungen des Kindes müßten mit Veränderungen der Familieninteraktion einhergehen. In vielen Fällen gibt sich jedoch die Forschung (und erst recht natürlich die Praxis!) mit dem Nachweis der erfolgreichen Behandlung des Kindes zufrieden, ohne den Zwischenschritt der familiären Veränderungen tatsächlich zu überprüfen. Genau derartige prozessuale Analysen brauchen wir aber, um die Wirkungsweise therapeutischen Handelns besser zu verstehen und erklären zu können.

(c) Weil es anscheinend das Verständnis psychotherapeutischer Prozesse sprengt, wird das dritte Element - die institutionelle und formale Organisation der Psychotherapie - häufig vernachlässigt. Dabei bestimmen gesetzliche Regelungen der therapeutischen Berufsausübung, die organisatorischen und administrativen Zugänge zur Psychotherapie, Struktur und Verhältnis ambulanter stationärer Einrichtungen, versicherungsrechtliche Bestimmungen, die psychosoziale oder medizinische Ausrichtung der Versorgungsangebote usw. weitgehend das Format der jeweiligen Behandlung, insbesondere deren Ziele, Organisationsweise, Zeiten und Grenzen. Vor einigen Jahren haben wir mit dem Begriff der Therapie-Stratifikation auf die Prozesse der Klienten bzw. Therapeutenauswahl hingewiesen, die im Vorfeld der Behandlung wie in der unmittelbaren Begegnung zwischen Klient und Therapeut eine Rolle spielen (SCHMOOK, BASTINE, HENKEL, KOPF-MEHNERT & MALCHOW 1974).

Psychotherapie ist ein soziales System; infolgedessen beeinflussen dessen Merkmale auch den psychotherapeutischen Prozeß. Auf diesen Aspekt haben vor allem HOWARD & ORLINSKY (1972) mit ihrer systemtheoretischen Analyse der Therapie aufmerksam gemacht; in der Weiterentwicklung ihres Ansatzes haben sie jüngst ein "generisches" Modell der Psychotherapie entwickelt, innerhalb dessen der therapeutische Kontrakt die Rahmenbedingungen bezeichnet, nach denen die therapeutische Begegnung geregelt wird. Der therapeutische Kontrakt ist "...just the plan and not the substance of psychotherapy; it is the blueprint that is to be followed in constructing a therapeutic situation" (ORLINSKY & HOWARD 1986, 313).

(d) Die Berücksichtigung der Wechselbeziehungen zwischen diesen drei Komponenten ist besonders hinsichtlich des Geltungsbereiches von Prozeßstudien notwendig. Es kann dabei nicht nur um die Interaktionen zwischen Klienten- und Therapeutenprozessen gehen, wie es meist unter dem vielzitierten Konzept der Klient-Therapeut-Beziehung geschieht, sondern vor allem auch um das Einbeziehen der formalen Rahmenbedingungen des jeweiligen Forschungsgegenstandes. Einerseits ist das Spezifische einer therapeutischen Beziehung zu bestimmen - beispielsweise gegenüber alltäglichen, freundschaftlichen, Eltern-Kind-Beziehungen oder anderen professionellen Beratungssituationen wie zwischen Klient und Anwalt oder Klient und Arzt. Andererseits unterliegen psychotherapeutische Beziehungen einer institutionellen Variation, beispielsweise in Abhängigkeit von einem stationären oder ambulanten Setting.

2. Methodologische und methodische Voraussetzungen

Es scheint eine Selbstverständlichkeit, daß die Anlage von Forschungsuntersuchungen den Phänomenen, die untersucht werden sollen, angemessen ist. Damit wird die bescheidene Forderung vertreten, daß bekannte Erscheinungen durch die ausgewählten Forschungsstrategien erfaßbar sein sollen, und ferner, daß das Forschungsprogramm über das Bekannte hinaus auch weiterführende Erkenntnisse ermöglichen sollte. Angewandt auf die psychotherapeutische Prozeßforschung sieht es bedauerlicherweise bereits bei dem ersten Kriterium betrüblich aus - vom zweiten schon gar zu schweigen.

Ich möchte hier lediglich zwei Beispiele für diese Behauptung geben, die sich auf bekannte Sachverhalte aus der therapeutischen Praxis beziehen und die zum Teil auch in Therapietheorien eingebettet sind. Das erste Beispiel bezieht sich auf den Verlauf therapeutischer Besserungen, das zweite auf die therapeutische Bewältigung ambivalenter Verhaltenstendenzen.

Jeder praktizierende Therapeut und jede Therapeutin weiß, daß therapeutische Besserungen nicht linear verlaufen, sondern daß sich gewisse Fortschritte in unregelmäßigem Verlauf mit Rückschlägen oder einem Stagnieren abwechseln. Gewiß wird man von einer erfolgreichen Behandlung erwarten, daß dysphorische Episoden gegen deren Ende seltener und weniger intensiv werden; aber dieses Ergebnis entwickelt sich in der Regel nicht geradlinig. In Behandlungsmodellen wird gelegentlich auch von der Notwendigkeit therapeutischer Krisen gesprochen, in denen der Klient schmerzhafte Erfahrungen reaktivieren und durchleben soll. Bereits 1951 hat LEWIN den Prozeß der Einstellungsänderung in seinen Phasen "unfreezing", "movement to new levels" und "refreezing" beschrieben (in der deutschen Ausgabe 1963 übersetzt als ein Dreischritt von "Auflockern, Hinüberleiten und Verfestigen"). ROGERS (1959) spricht von einer (vorübergehenden) Desorganisation, der eine Reorganisation folgen würde. Von Therapeuten wird diese, dem Behandlungsziel scheinbar widersprechende Intensivierung der Problematik unter Umständen (im Sinne einer "induzierten Krise") gefördert - dieses "Durchgehen" durch eine Krise, das Durchleben einer angstvollen Erfahrung, die Konfrontation mit und Exposition in gefürchteten Situationen sind in verschiedenen Therapieverfahren als therapeutisches Agens bekannt. In der Psychotherapieforschung gibt es jedoch meines Wissens keine Studien, in denen dieses prozeßhafte Geschehen in einem belangvollen Zusammenhang, nämlich dem einer gesamten Behandlungskonzeption, untersucht worden wäre.

Ähnlich verhält es sich mit dem zweiten Beispiel. Zumindest bei einem Teil psychotherapeutischer Problemlösungen handelt es sich um das Bewältigen miteinander im Widerspruch stehender Bestrebungen und persönlicher Konflikte, um ein neues, befriedigenderes Gleichgewicht zwischen den verschiedenen Gefühlslagen, Motiven und Verhaltensweisen zu erreichen. So geht es in der Therapie beispielsweise <u>gleichzeitig</u> um das Ausbauen von Selbstvertrauen und Zuversicht wie um das Berücksichtigen angemessener Interessen anderer. Ähnliche therapeutische <u>Themen</u> - einem in Psycho-

analyse (LUBORSKY 1984) und Gestalttherapie häufiger verwendeten Begriff - gibt es beispielsweise im Spannungsverhältnis zwischen Überschätzung und Selbstzweifeln, im Abwägen zwischen dem spontanen Ausleben von Gefühlen und der rational kontrollierten Steuerung, in der Relation zwischen Aktion und Reflexion usw. Vereinfacht läßt sich der therapeutische Prozeß in diesem Fall als ein Erproben unterschiedlicher thematischer Pole beschreiben, mit dem Ziel, eine den gegenwärtigen Lebensbedingungen angemessene Realisation zu finden; das Behandlungsziel liegt also in einem Fließgleichgewicht im Hinblick auf unterschiedliche, teilweise konträre Verhaltenstendenzen. [1)]

Auch auf therapeutischer Seite werden keineswegs nur eindimensionale Handlungsweisen realisiert, die allein aufgrund ihres Ausprägungsgrades bewertbar wären, sondern komplexe Behandlungsmuster mit gelegentlich auch widersprüchlichen Intentionen. Beispiele dafür sind Verknüpfungen von unterstützendem und forderndem Eingehen, das gleichzeitige Verwirklichen von persönlicher Nähe und Distanz oder der thematisch aufeinander bezogene Wechsel zwischen einem verständnisvollen Begleiten des Klienten ("pacing") und einem verantwortungsvollen Führen ("leading"; BANDLER & GRINDER 1975). Auch in diesen Fällen ist das therapeutische Handeln eher als ein dynamisch sich entwickelndes, auf die jeweilige Situation des Klienten bezogenes und anpassungsfähiges Vorgehen zu kennzeichnen.

Die hier skizzierten Beispiele aus der psychotherapeutischen Praxis lassen sich nicht mit Hilfe der weitverbreiteten <u>faktoriellen</u> Designs erschließen, da hier Problemlösungen im Sinne einer sukzessiven Modulation vorgenommen werden. Gegenüber einfachen faktoriellen Studien oder Interaktionsanalysen ist bei diesen Fragestellungen ein transaktionales Kausalmodell im Sinne von R. S. LAZARUS angemessener, da verschiedene Teilprozesse aufeinander aufbauen und mit Erreichen eines vorläufigen Teilzieles eine neue Ausgangslage für das nächstfolgende Behandlungsziel erreicht werden soll. Im Unterschied zur <u>experimentellen Einzelfall-</u>

analyse aus verhaltenstherapeutischer Tradition, soll der jeweils erreichte Endzustand stabil sein, d.h. nicht wieder durch das Aussetzen eines Faktors in den vorherigen Status zurückfallen; es handelt sich also eher um ein Modell fortschreitender Entwicklung.

Innerhalb einer differenzierten Prozeßforschung lassen sich zwei Forschungsprogramme unterscheiden, die ich als die beiden Prototypen A und B bezeichnen möchte (vgl. auch Tab. 1).

(A) In der Typ A-Prozeßforschung wird angenommen, daß der psychotherapeutische Prozeß von überdauernden, möglicherweise quantitativ abgestuften Merkmalen beeinflußt wird, die das Behandlungsgeschehen in seinem gesamten Ablauf prägen. Entsprechend dieser Annahme lassen sich repräsentative Indikatoren bestimmen, mit denen qualitative und quantitative Aussagen über die Behandlung als Ganzes getroffen werden können. Prozeßdefinitionen anhand des psychotherapeutischen Basisverhaltens oder die Analyse therapeutischer Methoden wie sie in der klientenzentrierten und der verhaltenstherapeutischen Forschungstradition üblich sind, sind dafür gute Beispiele. Auch die "Qualität der therapeutischen Beziehung" - was immer damit gemeint ist - ist am ehesten ein derart globales Kriterium.
Auf einer molekularen Ebene handelt es sich hierbei um "therapeutische Variablen" ("Variablenansatz der Psychotherapieforschung"), wie z.B. "einfühlendes Verstehen". Komplexer (molar) sind dann übergreifende Handlungsregeln, die meist einen stärker präskriptiven Gehalt haben, und die ich als "therapeutische Maximen" bezeichne. Beispiele dafür sind die Regeln, die STRUPP & BINDER (1984, 44-45) im Rahmen ihrer psychodynamischen Kurzzeittherapie formulieren:

- "Widerstehe dem `furor sanandi´ in sämtlichen Formen" oder

- "Widerstehe Gefühlen der Allmacht, Großartigkeit, Allwissenheit und dem Wunsch zu beeindrucken".

Therapeutische Maximen regeln in erster Linie die Beziehung zwischen Klienten und Therapeuten und die generelle Art und Weise, nach der Veränderungen erreicht werden sollen.

(B) Von der beschriebenen Forschungsstrategie sind diejenigen Ansätze zu unterscheiden, die das psychotherapeutische Geschehen nach psychologischen Merkmalen in Sequenzen zerlegen, die also nicht von prozeßeinheitlichen Bedingungen ausgehen. Diese Typ B-Prozeßforschung ist intraprozessual sequentiert und transaktional im Sinne der oben gegebenen Beispiele definiert. Angenommen wird dabei, daß der therapeutische Prozeß durch Sequenzen mit unterschiedlicher Bedeutung zu charakterisieren ist. Die Vorstellung eines einheitlichen Ablaufs wird somit ersetzt durch die eines in sich gegliederten Geschehens mit unterschiedlich bedeutungsvollen Ereignissen und Abschnitten.

Auf molekularer Ebene ist hier die sich gerade jüngst etablierende Episoden-Forschung zu nennen (vgl. u.a. RICE-GREENBERG 1984); im Englischen wird auch von `events´, `significant change events´, `key events´, `recurrent client states´, `good moments in psychotherapy´ oder `psychological context of shifts and symptoms´ gesprochen.

Auf komplexerem Niveau, d.h. im Hinblick auf umfassendere Ziele und Mittel, sowie längere Zeiträume sind die psychotherapeutischen Strategien anzusiedeln, die sich als zielgerichtete, geplante und adaptive Handlungsmuster verstehen lassen.

Komplexität der Merkmale	Analyse-Merkmale: überdauernd (Typ A-Forschung)	Analyse-Merkmale: transaktional (Typ B-Forschung)
molekular	therapeutische Variablen	therapeutische Episoden
molar	therapeutische Maximen	therapeutische Strategien

Tab. 1: Ansätze der psychotherapeutischen Prozeßforschung

Die derzeitige Prozeßforschung erfolgt bisher fast ausschließlich auf faktorieller Basis nach dem Muster des Prototyps A, wobei paradigmatisch das Modell der Medikamentenprüfung Pate gestanden hat (SHAPIRO 1987: "drug metaphor"). Dieses Modell läßt vorrangig eine Beurteilung der Wirkung von Behandlungsbedingungen zu, während das interaktive Ineinandergreifen von Wirkungsmechanismen einen differenzierteren Auflösungsgrad des prozentualen Geschehens erfordert. Da das sparsamere treatment-effect-Modell offenkundig derzeit wenig zum Verständnis therapeutischer Abläufe beisteuert, ist eine Verlagerung der Forschungsinteressen auf die Typ B-Forschung zu beobachten. Selbstverständlich bedeutet dies nicht, daß generell auf die Erforschung von prozeßeinheitlichen Bedingungen verzichtet werden könnte.

Für die relativ junge Typ B-Forschung müssen zum Teil neue Forschungsmethoden entwickelt werden.
Wertvolle Beiträge kommen von den in Soziologie und Ethnomethodologie weiterentwickelten qualitativen Forschungsansätzen, die vor allem dem Ziel der empirisch begründeten Theorieentwicklung dienen. Ihren Schwerpunkt haben diese Methoden in der Interviewforschung und in Gesprächs- und Textanalysen. In diesem Rahmen untersucht derzeit Pamela Rosengard in ihrer Heidelberger Dissertation die Texte von vier Psychotherapie-Manualen. Die in den Manualen beschriebenen Vorgehensweisen werden als Behandlungsheuristiken von

Experten aufgefaßt und im Hinblick auf die in ihnen enthaltenen Annahmen über psychotherapeutische Wirkungsprozesse analysiert.
Zweitens stammt eine Reihe neuer Methoden aus sozialer Kognitions- und handlungstheoretischer Forschung. Hier versuchen wir unter anderem mit der Methode des Nachträglichen Lauten Denkens zu arbeiten und veränderungswirksame Episoden der Therapie auszuwerten (KOMMER & BASTINE 1982; KOMMER 1986). Gegenstand der Analyse sind nachträgliche Kommentare von Therapeuten zu Video-Ausschnitten von einer vorangehenden Behandlungsstunde, die in Form von Ziel-Mittel-Analysen untersucht werden.
Drittens erwarte ich mir wesentliche Anregungen von der sog. interpersonellen oder interaktiven Diagnostik, mit der die Interaktionen von Klient und Therapeut in teilweise sehr aufwendigen Video-Analysen ausgewertet werden. Beispiele dafür sind die Arbeiten zum paraverbalen Verhalten von Therapeuten ("evokative Äußerungen"), zur Gesichtsmimik oder zum Bewegungsverhalten von Klienten und Therapeuten.

Allerdings ist dieses methodische Arsenal noch keineswegs ausgereift und mit zahlreichen Problemen und Schwierigkeiten (auch der Interpretation der Daten) behaftet, wie das bei relativ jungen Ansätzen nicht anders zu erwarten ist. Dennoch werden diese Arbeiten uns sicher weiterbringen im Verständnis des psychotherapeutischen Geschehens: Wie ein günstiger Zeitpunkt für Veränderungen zu identifizieren ist, wie ein solcher herbeigeführt und wie darauf veränderungswirksam reagiert werden kann, welche Entwicklungs-, Störungs- und kontextuellen Bedingungen auf Seiten des Klienten dabei zu berücksichtigen sind, wie lebensalltägliche Verluste und Niederlagen kompensiert werden usw.

3. Erwartungen an psychotherapeutische Veränderungen

Mein letztes und drittes Thema ist heute, welche Erwartungen sich an psychotherapeutische Veränderungen stellen lassen, wenn man Erkenntnisse aus anderen psychologischen Fächern heranzieht. Um es gleich zuzuspitzen: Offenbar wird die Psychotherapieforschung immer wieder von einem "therapeutischen Optimismus" angesteckt, den ein praktizierender Psychotherapeut nicht nur als Überlebensstrategie braucht, sondern wohl auch, um überzeugend therapeutisch wirksam zu sein. Aber sind diese hoffnungsvollen Erwartungen an therapeutische Fortschritte wirklich gerechtfertigt?

Wenn man Psychotherapie begreift als eine Methodik, mit der helfend in einen persönlichen Entwicklungsprozeß mit psychologischen Mitteln einzugreifen versucht wird, liegt es nahe, sich in der entwicklungs- und in der persönlichkeitspsychologischen Forschung danach zu orientieren, wie Entwicklungsprozesse im Erwachsenenalter normalerweise ablaufen.

Ähnlich wie auch in der "Entwicklungspsychologie der zweiten Lebenshälfte" wird man auch für die Psychotherapie, d.h. für die Bewältigung psychischer Störungen und Lebenskrisen, nicht von einer unbegrenzten Plastizität des Menschen ausgehen können. Vermutlich sind die Störungen einer Person, insbesondere in ihren schon längerfristig angelegten Anteilen, nur begrenzt modifizierbar. Mir hat das Bild von BALTES (1986) sehr gefallen, der von einem "dynamischen Wechselspiel zwischen Wachstum (Entwicklungsgewinnen) und Abbau (Verlusten)" spricht: Auch für die psychisch gestörte Person werden manche "Verluste" nicht mehr einholbar sein, und eine Entwicklungsgewinn wird häufig darin bestehen, sich an die lebenslaufsspezifischen und kontextuellen Bedingungen zu adaptieren. Wie auch beim "erfolgreichen Altwerden" geht es bei der Bewältigung psychischer Störungen und persönlicher Konflikte um einen Anpassungsprozeß, der als "selektive Optimierung mit Kompensation" (BALTES 1986) bezeichnet werden könnte. So verstanden, unterstützen

Therapeuten bei ihren Klienten diesen Prozeß der Auswahl geeigneter Lebensmöglichkeiten, bei dem es darum geht, bisher nicht erfolgreiche Bemühungen durch andere, befriedigendere Lösungen zu ersetzen. Eine solche Perspektive einer klinischen Entwicklungspsychologie erfordert natürlich ein differenzierteres Modell therapeutischer Veränderung als es bisher in der Forschung realisiert wurde; in den derzeitigen Vorstellungen dominieren noch immer Konzepte, die den Behandlungsprozeß im wesentlichen als Korrektur eines Defizits - der psychischen Störung - oder als einen kontinuierlichen Wachstumsprozeß auffassen.

Aus persönlichkeitspsychologischer Sicht haben sich erst vor kurzen COSTA & McCRAE (1986) mit der Frage beschäftigt, inwieweit sich die Persönlichkeit im Erwachsenenalter verändert bzw. stabil bleibt, und welche Konsequenzen dies für die Psychotherapie hat. Die vorliegenden Längsschnittsstudien zeigen danach einen bemerkenswerten Grad von Stabilität der untersuchten Persönlichkeitsmerkmale an, sowohl im Hinblick auf die durchschnittliche Merkmalsausprägung wie auf interindividuelle Differenzen. Test-Retestkorrelationen nach Ablauf von zwei bis dreißig Jahren ergaben, gemittelt über verschiedene Persönlichkeitsvariablen, Koeffizienten im Median zwischen 0,40 bis 0,75.
Die Autoren interpretieren dies als eindeutigen Beleg für die Stabilität der Persönlichkeit. Nach einer Aufzählung von nahezu allem, was jemandem im Leben so passieren kann - Heiraten und Trennungen, berufliche Veränderungen und Veränderungen in Freundschaften und sozialem Leben, wirtschaftliches Auf und Ab usw. - schließen sie: "Und dennoch, die meisten Menschen werden sich nicht beträchtlich in irgendeiner der Persönlichkeitsdispositionen verändert haben, die durch diese Tests erfaßt werden" (McCRAE & COSTA 1984, 61). An Psychotherapeuten gerichtet warnen die Autoren vor allzu großen Erwartungen in Bezug auf grundlegende Persönlichkeitsveränderungen durch psychologische Behandlungen.

Inwieweit diese Befunde tatsächlich eine derartige Schlußfolgerung belegen, scheint mir in Anbetracht der erheblichen Restvarianz und insbesondere der fraglichen Übertragbarkeit der Ergebnisse auf klinische Stichproben nicht so sicher. Denn was im Normalbereich eine bestimmte Eigenschaft stabilisiert - z.B. das aktive Gestalten einer, der eigenen Persönlichkeit gemäßen Lebenssituation - mag bei psychisch beeinträchtigten Personen durchaus anders funktionieren. Bei aller angebrachten Vorsicht geben diese Ergebnisse jedoch genügend Anlaß, über die Veränderungsmöglichkeiten durch Psychotherapie erneut nachzudenken und vielleicht auch bescheidenere Erwartungen zu akzeptieren. Dies vor allem auch, weil ja selbst die Ergebnisforschung zur Psychotherapie keine umwälzenden Veränderungen durch die Behandlung - welche Klientel und welche Verfahren man auch immer untersuchte - nachweisen konnte.
Für die Psychotherapieforschung wird die Situation dadurch keineswegs einfacher: Wenn nämlich von der Psychotherapie keine "Durchbrüche" in persönlichen Entwicklungen erwartet werden können, wird die Notwendigkeit größer, sich mit differenzierteren Veränderungen zu beschäftigen.

Anmerkung 1:

Mit dem Beispiel von "therapeutischen Themen" soll nicht angenommen werden, daß sämtliche Probleme von Klienten in dieser Weise definiert werden können. Neben dieser Art von Problemen lassen sich vermutlich andere unterscheiden, z.B. Defizite (fehlende Kompetenzen oder Fertigkeiten), erworbene Fehlfunktionen (etwa überhöhte Erwartungen), durch Ängste oder traumatische Erfahrungen verursachte Einschränkungen (vgl. PARLOFF 1986, 526). In dem genannten Artikel weist PARLOFF auf die erheblichen Unterschiede hin, mit der die "Natur des Problems, das zu behandeln ist", in den verschiedenen Therapieschulen konzipiert wird.

Literatur

Baltes, P. B. (1986). Plastizität und Grenzen der kognitiven Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. In M. Amelang (Ed.), Bericht über den 35. Kongreß der DGfPs in Heidelberg. Band 1 (pp. 295). Göttingen: Verlag für Psychologie.

Bandler, R., & Grinder, J. (1975). Structure of magic, I. Palo Alto: Science and Behavior Books.

Bastine, R. (1984). Der Psychoboom aus erster Hand. (Buchbesprechung: Corsini, R. J. (Ed.) 1983. Handbuch der Psychotherapie. Bd 1 und 2. Weinheim: Beltz). Psychologie Heute, 11, 77-78.

Bastine, R. (1987). Klinische Psychodiagnostik. Heidelberg: unveröffentlichtes Manuskript.

Bastine, R., & Kommer, D. (1979). Konfrontation als Strategie psychotherapeutischen Handelns. In L. H. Eckensberger (Ed.), Bericht über den 31. Kongress der DGfPs in Mannheim 1978. Band 2 (pp. 412-416). Göttingen: Hogrefe.

Baumann, U. (Ed.) (1984). Psychotherapie: Makro-/Mikroperspektive. Göttingen: Verlag für Psychologie.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1981). Kognitive Therapie der Depression. München: Urban & Schwarzenberg.

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1986). Personality stability and its implications for clinical psychology. Clinical Psychology Review, 6, 407-423.

Elkin, I., Parloff, M. B., Hadley, S. W., & Autry, J. H. (1985). NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. Archives of General Psychiatry, 42, 305-316.

Haley, J. (1983). Wie man Eheberater sein kann, ohne eine Ahnung zu haben. Partnerberatung, 2/3, 87-95.

Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). Interpersonal psychotherapy of depression. New York: Basic Books.

Kommer, D. (1986). Veränderungsrelevante Episoden aus der Sicht von erfahrenen und unerfahrenen Therapeuten. Heidelberg: unveröffentlichter Bericht.

Kommer, D., & Bastine, R. (1982). The method of retrospective think aloud in psychotherapeutic process research. In W.-R. Minsel & W. Herff (Eds.), Methodology in psychotherapy research (pp. 85-99). Frankfurt: Verlag Peter Lang.

Lewin, K. (1963). Feldtheorie in den Sozialwissenschaften. Bern: Huber.

Luborsky, L. (1984). Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment. New York: Basic Books.

McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (1984). Emerging lives, enduring dispositions: Personality in adulthood. Boston: Little, Brown.

Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change. (3rd ed.). New York: Wiley.

Parloff, M. B. (1984). Psychotherapy research and its incredible credibility crisis. Clinical Psychology Review, 4, 95-109.

Rice, L. N., & Greenberg, L. S. (Eds.) (1984). Patterns of change. New York: Guilford.

Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), Psychology: A study of a science. Vol.III (pp. 184-256). New York: Mcgraw Hill.

Schmook, C., Bastine, R., Henkel, D., Kopf, C., & Malchow, C. (1974). Verhaltensanalyse. In W. Schraml & U. Baumann (Eds.) (pp. 353-375).

Shapiro, D. A. (1987). The high water mark of the drug metaphor? Paper presented at the SPR Conference, Ulm-FRG. Ulm: PSZ-Verlag.

Strupp, H. H., & Binder, J. L. (1984). Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy. New York: Basic Books.