F. Caspar

Quantitative Psychotherapieprozeßforschung: Rolle, Beispiele und Beurteilung


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

Quantitative process research in psychotherapy research

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

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

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

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

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

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

Les arguments contre la recherche quantitative se fondent souvent sur un préjugé selon lequel elle serait trop éloignée de la pratique et du cas individuel. Une étude qui s’est intéressée à l’intuition du thérapeute illustre le fait que l’étude quantitative de processus peut
toujours être naturaliste et apte à saisir certains aspects subtiles. Nous signalons qu’il est possible de combiner qualitatif et quantitatif, illustrant cet aspect par l’exemple d’une étude qui s’est intéressée aux résistances en psychothérapie: celles-ci sont identifiées sur la base de l’analyse de cas individuels, mais les données acquises de cette manière sont ensuite traitées d’un point de vue quantitatif. Ceci permet d’effectuer des comparaisons qui ne seraient pas possibles avec une étude soit uniquement qualitative, soit uniquement quantitative.

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

Un bilan bilan montre que:

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

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


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

siериert, die Therapeuten hatten also bis auf die zentralen Unterscheidungsmerkmale der Therapien freie Hand in der Gestaltung der Therapien; das Klientel war heterogen zusammengesetzt, und meist lagen mehrere Probleme vor. Im übrigen liegen inzwischen für die 1990 beschriebenen Therapien [Verhaltens- und Gesprächspsychotherapie] Katamnesen mit einer Laufzeit von durchschnittlich über 10 Jahren vor, die stabile Effekte nicht nur im Bereich der Symptome, sondern auch z.B. der Kontrollüberzeugung und des Selbstbildes zeigen.

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


Greenberg schreibt dazu: „Refute, the champion of the world of logical empiricism, shown above chasing a
disrespectful rival hypothesis, carries a sharp axe and uses empirical confrontations to subject everything in his way to the test of empirical jeopardy in order to establish `brute’ facts. Only the fittest hypotheses can survive his axe and his sharp cut at the .05 level” [Greenberg, 1991, p. 5]. In this way, he ironizes, can one man under „Refute” and „Discovery” laugh. It handels sich sicherlich an methodische Extremsituationen, die einem im Alltag aber auch in seiner Form immer wieder begegnen.


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

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Total</td>
<td>31</td>
<td>28</td>
<td>13</td>
<td>72</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychotherapief., empr. Beiträge</td>
<td>19</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>Ergebnisforschung allein</td>
<td>6</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Prozeß allein</td>
<td>10</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>Ergebnis/Prozeß kombiniert</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Prozeß qualitativ</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Prozeß quantitativ</td>
<td>12</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td>15</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

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

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


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


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


Insbesondere PraktikerInnen haben ein legitimes Interesse an einfacheren Fakten, die sich in der Flut der Ergebnisse zeigen. Was sind Fakten? Es handelt sich um konsistent replizierte Befunde, und zwar in Studien, bei denen die methodischen Voraussetzungen bestanden, daß das Gegen teil des Gefundenen ebenfalls eine faire Chance hatte, sich zu zeigen. Fakten sollten robust sein in bezug auf die spezifische Art der Daten, kleinere Variationen in der Durchführung etc.
Tabelle 2. Übersicht über die von Orlinsky et al. [1994] betrachteten Variablen

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

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

**Therapeutic Contract**

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


**Therapeutic Operations**

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

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

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

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

**Self-relatedness**

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

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

**Sequential Flow**


Ein gutes Beispiel, wie nötig die komplizierteren Zusammenhängen in jüngerer Zeit vermehrt Be-achtung geschenkt wird, sind Veränderungscurven, wie sie in Abb. 4 wiedergegeben sind.

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

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


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

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

Bevor ich gleich noch auf konkrete Beispiele der Prozeßforschung eingehe, möchte ich noch einmal auf die Feststellung von Orlinsky zurückkommen, daß wir zum Verständnis empirischer Fakten theoretische
(wie „Kreativität“) nicht reliaubt erfaßt und andere Merkmale (wie Geschwindigkeit der Verarbeitung) vom Material her nicht beurteilt werden konnten, gelang es, für eine Mehrzahl anderer Merkmale Ratingsskalen zu entwickeln. Diese werden in Tabelle 3 gleich mit den Ergebnissen einer Faktorenanalyse dargestellt.


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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variable</th>
<th>Faktor 1: bewußt-analytische Verarbeitung</th>
<th>Faktor 2: positive, ganzheitliche Intuition</th>
<th>Faktor 3: Automatisierung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Anwenden von Regeln</td>
<td>.84</td>
<td>.48</td>
<td>.42</td>
</tr>
<tr>
<td>Bewußtheit</td>
<td>.81</td>
<td>.83</td>
<td>.77</td>
</tr>
<tr>
<td>Begründungen</td>
<td>.78</td>
<td>.39</td>
<td>.44</td>
</tr>
<tr>
<td>Metakognitive Informationsverarbeitung</td>
<td>.76</td>
<td>.69</td>
<td>.93</td>
</tr>
<tr>
<td>Komplexität</td>
<td>.40</td>
<td>.39</td>
<td>.56</td>
</tr>
<tr>
<td>Ganzheitlichkeit</td>
<td>.83</td>
<td>.77</td>
<td>.44</td>
</tr>
<tr>
<td>Globalrating</td>
<td>.77</td>
<td>.56</td>
<td>.39</td>
</tr>
<tr>
<td>Suche nach Alternativen</td>
<td>.39</td>
<td>.44</td>
<td>.56</td>
</tr>
<tr>
<td>Emotionale Erregung TherapeutIn</td>
<td>.44</td>
<td>.56</td>
<td>.39</td>
</tr>
<tr>
<td>Automatisierung</td>
<td>.93</td>
<td>.44</td>
<td>.56</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabelle 3. Faktorenanalyse über verschiedene Aspekte intuitiver vs. rational-analytischer Informationsverarbeitung in Erstgesprächen. Erläuterungen im Text.
gangen, daß Widerstand, so wie er PraktikerInnen erscheint, nicht ein einfach meßbares Phänomen ist. Eine Beurteilung, ob zu einem bestimmten Zeitpunkt Widerstand vorliegt, beruht auf Konstrukten und Interpretationen. Widerstand ist für solide Prozeßforschung kein leicht zugängliches Phänomen, weil bei einer einfachen Operationalisierung leicht der klinische Gehalt verlorengeht.


Erfolgreiche Therapien zeigen einen deutlich höheren Anteil an inhaltlichem und einen geringeren Anteil an methodischem und interaktionellem Widerstand. Man könnte daraus folgern, daß die erfolgreichen Therapeuten sich nicht scheuen, in bezug auf Thematik und Therapieziele scharfe Kritik anzuzeigen, wo nötig, daß sie dagegen methodisch und interaktionsbezogen flexibel sind, daß sie sich hier nicht in unnötigem Widerstand verhaken. Dieses Bild wird weiter dadurch bestätigt, daß in nicht erfolgreichen Therapien Pläne gestört werden, die der Problemlösung dienen. Die Therapeuten scheinen also die Balance, in der die Patienten sich befinden, ungenügend verstanden zu haben. In erfolgsreichen Therapien werden dagegen überwiegend Pläne gestört, die dem Vermeiden unangenehmer Emotionen dienen. Zu erfolgreichen Therapien scheint es zu gehören, daß Therapeuten ein solches Vermeiden nicht zu lassen, auch wenn ihre Patienten sie dafür vorübergehend mit Widerstand „bestrafen“.

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


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

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

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

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

Literatur

Newman PL, Martinovich Z [1996] Interpreting results: alternatives and supplements to traditional hypothesis testing. Vortrag am Kongreß der Society for Psychotherapy Research, Amelia Island, FL

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