

## Kapitel 2

# Forschung in der Klinischen Psychologie

Hans Reinecker

In verschiedenen Gegenstandsbestimmungen von „Klinischer Psychologie“ werden Aspekte der Forschung und Lehre explizit als wichtige Bestandteile angeführt (z. B. Schmidt, 1984). Forschung und Lehre stehen in einer Art Wechselwirkung, wie dies u. a. Heckhausen (1983) in seiner Rede „Zur Lage der Psychologie“ betont hat. Die vergangenen Jahre und Jahrzehnte haben nicht nur in der Psychologie insgesamt, sondern auch in der Klinischen Psychologie zu heterogenen Forschungsbemühungen geführt, die von einer Person kaum noch zu überblicken sind. Dazu kommt eine äußerst rapide Entwicklung im methodischen Bereich, die durch den Einsatz hochleistungsfähiger Anlagen zur Datenverarbeitung begünstigt wurde. Nicht selten gerät durch diese Methoden-Orientierung der Gegenstand der Forschung aus dem Blickfeld oder zumindest in den Hintergrund.

Das vorliegende Kapitel versucht für den Leser eine Art *Orientierungshilfe* im Dickicht klinisch-psychologischer Forschungsprobleme zu leisten; der Auflösungsgrad kann dabei nicht immer so fein sein, wie dies für die Behandlung von Spezialproblemen notwendig ist. Dazu wird nach Möglichkeit auf weiterführende Literatur verwiesen (vgl. Bellack & Hersen, 1984).

Klinisch-psychologische Forschung ist als Versuch aufzufassen, Hypothesen auf der Basis empirischer Daten zu prüfen; so gesehen unterscheidet sich die klinisch-psychologische Forschung nicht grundsätzlich von den Strategien in der Allgemeinen Psychologie. Hier wie dort geht es darum, bei entsprechend formulierten Hypothesen die Verletzungsmöglichkeiten der internen und der externen Validität durch die Wahl geeigneter Versuchspläne in einem vertretbaren Rahmen zu halten (vgl. dazu Campbell & Stanley, 1966; Cook & Campbell, 1979; Gadenne, 1976). Für die klinisch-psychologische Forschung ist es allerdings kennzeichnend, daß sich aufgrund spezieller Merkmale des klinisch-psychologischen Forschungsfeldes deutliche Einschränkungen in der Wahl entsprechender Versuchspläne ergeben; in der Therapieforschung ist es beispielsweise in den wenigsten Fällen möglich, eine Randomisierung bzw. Parallelisierung der Versuchspersonen (Patienten) in den einzelnen Untersuchungsgruppen durchzuführen. Daraus entstehen Einschränkungen bei der Interpretation der Befunde, weil Variationen in den Abhängigen Variablen (z. B. Verbesserung der Stimmung) nicht mehr ohne weiteres auf den Einsatz

einer Unabhängigen Variablen (z. B. spezielle Therapiemethode) zurückgeführt werden können; in den meisten Fällen sind die Versuchspläne deshalb als quasi-experimentell zu bezeichnen (s. Cook & Campbell, 1979). Tunner (1978) meinte in diesem Zusammenhang, daß die methodische Qualität klinisch-psychologischer Studien häufig umgekehrt proportional zu ihrer klinischen Relevanz steht.

Die allgemeinen Aussagen einer Wissenschaftsdisziplin (Theorien und Hypothesen) können klarerweise nicht beanspruchen, unverrückbar gültig oder wahr zu sein (vgl. Popper, 1969). Die Aussagen gelten vielmehr „bis auf weiteres“, sie dienen zur Orientierung in einer komplexen Situation. Klinisch-psychologische Forschung ist ein Versuch, diese Orientierung in den einzelnen Bereichen (s. unten) laufend zu verbessern.

Tabelle 1  
Forschungsbereiche in der Klinischen Psychologie

Bereich	Ziel(e)	Beispiel
1. Klinisch-psychologische Grundlagenforschung	Bereitstellung von (vorläufigem) Wissen für klinisch-psychologisches Handeln	Lern-Mechanismen Immunologie Schmerzforschung
2. Diagnostik und Klassifikation	Präzise Beschreibung und Einteilung von Störungen als Grundlage für ihre Erklärung	DSM-IV Urteilsbildung
3. Ätiologische Forschung	Analyse der Ursachen/Bedingungen von psychischen Störungen	Analogiestudien/ Life-Event-Forschung
4. Nosologische Forschung	Analyse der psychologischen Merkmale einer Störung, ihres Verlaufs etc.	Schizophrenieforschung Angstforschung
5. Differentielle Psychotherapieforschung	Untersuchung der Wirkung von psychologischen Interventionsverfahren auf den Verlauf und die Veränderung von psychischen Störungen	Therapie-Vergleichs-Studien Meta-Analysen

Die sehr heterogenen Forschungsbemühungen in der Klinischen Psychologie lassen sich verschiedenen *Bereichen* zuordnen; mit den einzelnen Bereichen sind verschiedene *Ziele* verbunden, auch die Methoden und Untersuchungsstrategien sind großteils unterschiedlich. Die einzelnen Bereiche und ihre Ziele sowie einige stichwortartig angeführte Beispiele sind in der Tabelle 1 dargestellt; die Erörterung der Forschungsbereiche folgt der Gliederung in dieser Tabelle.

### 1 *Klinisch-psychologische Grundlagenforschung*

Seit etwa dem Beginn des Jahrhunderts gilt die Klinische Psychologie als wichtiger Teilbereich der Psychologie; lange Zeit führte sie jedoch eine Art Schattendasein speziell vom Blickwinkel der wissenschaftlich-akademischen

Psychologie aus. Die Veränderung dieses Zustands hängt vorwiegend mit zwei Entwicklungen zusammen, nämlich mit Verbesserungen im Bereich der Psychotherapieforschung (s. unten Punkt 5) sowie mit der Bereitstellung allgemein-psychologischer Grundlagen für die Klinische Psychologie. Damit scheint auch die Gefahr gebannt, daß sich klinisch-psychologisches Handeln von den theoretischen und methodologischen Modellvorstellungen der allgemeinen Psychologie abkoppelt.

Mit der Orientierung der Klinischen Psychologie an der Grundlagenforschung aus der Allgemeinen Psychologie erheben sich zwei Fragen:

- a) Welche Befunde aus der Grundlagenforschung sind es im Speziellen, auf die sich klinisch-psychologisches Handeln bezieht?
- b) Wie hat man sich diese Orientierung der Klinischen Psychologie an der allgemein-psychologischen Grundlagenforschung vorzustellen?

*ad a)*

Die Frage, *welche* Befunde aus dem allgemein-psychologischen Bereich zur Fundierung klinisch-verantwortlichen Handelns herangezogen werden sollten, läßt sich nicht einfach beantworten: Zu verzweigt stellt sich die allgemein-psychologische Forschung dar, als daß sie einfach überblickt werden könnte. Allgemein gesagt sollten Befunde aus der Allgemeinen Psychologie dann für Belange der Klinischen Psychologie herangezogen werden, wenn sie zu einer besseren Beschreibung, Erklärung und evtl. Veränderung von (Teil-)Prozessen menschlichen Erlebens und Verhaltens herangezogen werden können. Als Folge davon ergibt sich günstigerweise ein besseres Verständnis solcher Prozesse und eine Optimierung klinisch-psychologischen Handelns.

Zur Erörterung sei auf einige *Beispiele* verwiesen:

Im Rahmen der Erforschung kognitiver Prozesse werden u. a. Modelle über die Vernetzung spezieller Gedächtnisinhalte geltend gemacht; diese Gedächtnisinhalte stehen mit emotionalen Zuständen in enger Verbindung. Nach der „Theorie assoziativer Netzwerke“ von Bower (1981) sind Erinnerungen an begrifflich und emotional assoziierte Inhalte besonders leicht zugänglich. Es liegt nahe, solche Befunde etwa im Rahmen der klinisch-psychologischen Gesprächsführung dadurch zu nutzen, daß man beim Klienten nach Möglichkeit „stimmungskongruente“ Informationen abzufragen versucht (s. a. Beck & Clark, 1997).

Ein zweites Beispiel versucht Modelle der Interaktion biologischer, psychologischer und situativer Variablen bei der Erklärung von psychischen Störungen nutzbar zu machen; für die Entstehung, den Verlauf und für die Therapie von Eßstörungen sind eben Befunde aus unterschiedlichen Bereichen heranzuziehen. Eine Erklärung der Bulimia Nervosa wird sich demzufolge nicht nur auf einen Bereich an Ursachen und Bedingungen beschränken, sondern wird versuchen, den Interaktionen der einzelnen Variablen Rechnung zu tragen (vgl. Pirke, Vandereycken & Ploog, 1988; Pudel & Westenhöfer, 1991).

Die Reihe der Beispiele ließe sich beträchtlich erweitern; wichtig erscheint in diesem Kontext der Hinweis, daß man im Rahmen der Klinischen Psychologie die Befunde aus der Allgemeinen Psychologie nicht vorschnell unter dem Gesichtspunkt ihrer Anwendbarkeit beurteilen sollte; ein solches Relevanzkriterium wäre ein höchst problematischer Filter für die Rezeption von Grundlagen wissenschaftlicher Modelle: Zum einen haben Grundlagen-Befunde auch eine Erkenntnisfunktion und zum anderen mag der Anwendungs-Aspekt eines Befundes zu einem bestimmten Zeitpunkt noch völlig im Verborgenen liegen.

*ad b)*

Selbst wenn man die Bedeutung von Befunden aus der Grundlagenforschung anerkennt, bleibt immer noch die Frage, in welcher Form eine „Fundierung“ klinisch-psychologischer Modelle erfolgen sollte. Diese Form der Fundierung kann man sich realistischerweise so vorstellen, daß die entsprechenden Theorien und Modelle zur relativ rationalen Rechtfertigung klinisch-psychologischen Handelns herangezogen werden (vgl. Westmeyer, 1979). Dieses Modell versucht einen Ausweg aus einem Dilemma: Klinische Psychologie ist einerseits nicht als bloße „Anwendung“ von Theorien zu interpretieren; andererseits sollte klinisch-psychologisches Handeln auch nicht unabhängig oder losgelöst von wissenschaftlichen Erkenntnissen erfolgen.

Wenn man zur Illustration eines der obigen inhaltlichen Beispiele aufgreift, so würde dies folgendermaßen zu bewerkstelligen sein: Zur Erklärung der Ätiologie bulimischen Verhaltens in einem Einzelfall kann man sich als Hintergrundwissen auf biologische, psychologische und situative Variablen berufen. Angesichts unseres heutigen Kenntnisstandes sind dies diejenigen Modelle, die man als einigermaßen gut bewährt ansehen muß. Das konkrete therapeutische Handeln würde man dann als relativ rational ansehen (im Kontrast etwa zum Status der Beliebigkeit), wenn sich der klinische Psychologe auf die entsprechenden Befunde bezieht. Von einer direkten Anwendung entsprechender grundwissenschaftlicher Befunde (z. B. im Sinne von wissenschaftlichen Erklärungen) kann man deshalb nicht sprechen, weil für den konkreten Einzelfall erst *geprüft* werden müßte, ob und inwieweit die theoretischen Modelle aus den verschiedenen Bereichen zutreffen. Außerdem – und dies ist ein grundsätzliches Problem psychologischer Modellvorstellungen – sind die theoretischen Grundlagenkonzepte nur unter speziellen (zumeist Labor-)Bedingungen gültig; das Zutreffen unter Alltagsvoraussetzungen (z. B. bei der Entwicklung bulimischen Verhaltens über Jahre hinweg) müßte erst geprüft werden.

Die Verbesserung des wissenschaftlichen Status der Klinischen Psychologie hängt – wie bereits angesprochen – mit der Fundierung durch allgemein-psychologische Theorien zusammen. Neben dieser Verbesserung des wissenschaftlichen Status ist in der Klinischen Psychologie heute auch ein realistischeres Verhältnis von Theorie und Praxis festzustellen.

## 2 Diagnostik und Klassifikation

Eine möglichst *präzise* Beschreibung einer psychischen Störung bildet eine ganz zentrale Voraussetzung für den wissenschaftlichen Umgang mit einem Problem; dabei sollte klar sein, daß eine Beschreibung jeweils „theoriegetränkt“ (Bunge, 1967) erfolgt, d. h., daß die Beschreibung kein „Abbild“ des Gegenstandes darstellt. Bereits die Beurteilung menschlichen Erlebens und Verhaltens als gestört oder abweichend setzt einen theoretischen und normativen Standpunkt voraus. Im Rahmen der *Diagnostik* wird versucht, auf der Grundlage einer Beschreibung eines Problems ein vorläufiges Bedingungsgefüge bereitzustellen. Dies entspricht formal gesehen den Prinzipien einer wissenschaftlichen Erklärung.

Klinisch-psychologische *Klassifikation* hingegen versucht, von speziellen Merkmalen einer Person abzusehen und eine Zuordnung zu entsprechenden Klassen zu leisten (z. B. Zuordnung eines Menschen mit einer Reihe von Merkmalen zur Klasse: „Agoraphobiker“). Die einzelnen Klassen folgen dabei einer speziellen Systematik (vgl. dazu den Beitrag von H.J. Möller in diesem Band).

Diagnostik und Klassifikation gelten als altbewährte Gebiete der Klinischen Psychologie; die intensiven Forschungsbemühungen in den vergangenen Jahren verdeutlichen aber die ungebrochene Aktualität der beiden Themen. Wenn man sich zunächst auf die *Diagnostik* beschränkt, so zeigt sich gerade mit den Alternativen zur sog. „klassischen“ Diagnostik, wieviel an Forschung notwendig ist, um zentrale Fragen zu klären. Ging es in der traditionellen Diagnostik in erster Linie um Probleme der Reliabilität und Validität im Rahmen eines taxonomischen Ansatzes, so stellen sich diese Fragen für einen situationistischen bzw. interaktionistischen Ansatz (Mischel, 1973, 1986) unter einer neuen Perspektive: Die Entwicklung von verhaltensdiagnostischen Schemata (Kanfer & Saslow, 1965; Schulte, 1976, 1995; Grawe & Caspar, 1984 u. v. a. m.) erfolgte unter dem Anspruch, für den Kliniker diejenige Information bereitzustellen, die eine optimale Intervention (Therapie) ermöglicht. Dabei folgte man neben der gegebenen Grundlagenorientierung häufig einer Art Augenschein-Validität: Während Fragen der klinischen Urteilsbildung (Wiggins, 1973) oder auch der Entscheidungen unter Bedingungen der Unsicherheit (Kahneman, Slovic & Tversky, 1982) auch für verhaltensdiagnostisches Vorgehen eingehend thematisiert werden, bleiben andere Themen von der einschlägigen Forschung weitgehend unberührt. Zu denken ist an die Frage, welche Informationen über welche Bereiche einer Störung eingeholt werden müssen, welche Bedingungen einer wie genauen Analyse bedürfen und dergl. mehr. Die heutigen diagnostischen Ansätze gehen von jeweils unterschiedlichen psychologischen Theorien und entsprechenden Menschenbildannahmen aus. Bis auf wenige Ausnahmen (Schefft & Kanfer, 1987) hält man es offenbar für evident oder auch erwiesen, daß der von einer speziellen Modellvorstellung nahegelegte diagnostische Ansatz den entsprechenden Alternativen überlegen ist; dabei wäre dies wohl weniger eine Frage des

Glaubens, sondern eine Frage, die bei zugegebener Komplexität durch empirische Befunde zumindest mitentschieden werden müßte.

Veränderungen in der klinisch-psychologischen *Klassifikation* hängen u. a. mit Entwicklungen grundlegender Theorien über psychische Störungen zusammen; so erlebten die beiden gängigsten Klassifikationssysteme, nämlich das ICD (International Classification of Diseases, vgl. Degkwitz et al., 1980; Dilling, Mombour & Schmidt, 1991) sowie das DSM (Diagnostic and Statistical Manual, APA, 1980, 1987, 1994) bereits mehrere Revisionen. Die einschlägige Forschung versucht in erster Linie die *Genauigkeit* der Klassifikation laufend zu verbessern; dies geschieht u. a. durch das Festlegen von klaren (positiven wie negativen) Kriterien für das Vorliegen einer speziellen Störungskategorie. Ein Beispiel dafür bildet die Klassifikation von Panikattacken (s. dazu auch das Kapitel von Ehlers & Margraf in diesem Buch): Für die Klassifikation „Panikattacken“ müssen mindestens vier aus einer Reihe von insgesamt 13 Beschwerden vorliegen (z. B. Schmerzen im Brustbereich, Gefühle des Erstickens, Schwitzen, Zittern usw.). Die Klassifikation „Panikattacken“ wird nach dem DSM-IV erst dann vergeben, wenn innerhalb von 3 Wochen mindestens 3 Attacken auftreten.

Die kontinuierliche Forschung und die damit verbundene Verbesserung in der Diagnostik und Klassifikation psychischer Störungen bildet eine wichtige Voraussetzung für Forschungsbemühungen in anderen Bereichen der Klinischen Psychologie: Ein Verzicht auf explizite Klassifikation wäre für die ätiologische Forschung, für die Epidemiologie psychischer Störungen und insbesondere für die Prävention psychischer Störungen geradezu fatal. Auch für die Kommunikation der Forscher und Praktiker im klinisch-psychologischen Feld ist eine möglichst klare und eindeutige Klassifikation unabdingbar. Dabei muß man nicht unbedingt den essentialistischen Standpunkt teilen, wonach es die Aufgabe der Forscher sei, gewissermaßen das „Wesen“ psychischer Störungen durch immer feinere Untersuchungsmethoden zu entdecken; klinisch-psychologische Klassifikation wird auch in diesem Bereich in konventionalistischem Sinne aufgefaßt und betrieben: Ontologische Annahmen darüber, ob es beispielsweise Panikattacken „gibt“ oder nicht, sind wenig sinnvoll; sinnvoll ist es jedoch, sich in der Forschung und unter Praktikern auf die Verwendung des Begriffes „Panikattacken“ zu einigen (deshalb: Konventionen), wenn die oben angeführten Kriterien erfüllt sind.

### 3 Ätiologische Forschung

Zentrale Aufgabe der ätiologischen Forschung ist es, nach den *Ursachen* psychischer Störungen zu suchen; in dieser Allgemeinheit würden so gut wie alle klinischen Psychologen der Feststellung zustimmen (vgl. Baumann & Perrez, 1990). Kontroversen entstehen allerdings sehr rasch dann, wenn man gezwungen ist, den Bereich der Ursachen von einem theoretischen Standpunkt aus einzuschränken. Schon was man als „Ursache“ einer psychischen Störung

anzusehen bereit ist, ist innerhalb der Klinischen Psychologie heftigst umstritten.

Dazu folgende Klärung:

In den empirischen Wissenschaften spricht man von einer *Ursache* (A) eines Ereignisses (B) (hier: psychische Störung) dann, wenn folgende drei Bedingungen erfüllt sind:

- 1) A liegt zeitlich vor B;
- 2) A und B kovariieren;
- 3) für das Auftreten von B ist nur das Eintreten von A verantwortlich (vgl. dazu Stegmüller, 1974).

Während die beiden ersten Bedingungen weitgehend unproblematisch sind, ist die dritte Forderung im Bereich der Klinischen Psychologie praktisch nur in Ansätzen erfüllbar: Für das Eintreten einer psychischen Störung wird üblicherweise eine ganze Reihe von Bedingungen verantwortlich gemacht, die in einem Einzelfall (und auch in einem kontrollierten Experiment) nicht mehr vollständig rekonstruierbar sind. Aus diesem Grunde erscheint es wenig angebracht, den Begriff der *Ursache* weiterhin zu verwenden. In der Klinischen Psychologie muß man sich häufig damit zufrieden geben, eine Reihe von Bedingungskonstellationen für das Auftreten einer Störung identifiziert zu haben (Beispiel: Für das Auftreten einer depressiven Störung werden Bedingungen aus dem biologisch-biochemischen Bereich, aus dem Bereich kritischer Lebensereignisse, aus dem Bereich kognitiver Bewältigungsmuster etc. geltend gemacht; vgl. dazu auch den Beitrag von Hautzinger & DeJong in diesem Band). Für die ätiologische Forschung erscheint es deshalb zielführend, nach *Bedingungen* eines Problems zu suchen; es ist ebenfalls wichtig zu betonen, daß die Suche nach den Bedingungen jeweils unter einer speziellen theoretischen Perspektive erfolgen muß.

Wenn man die verschiedenen Forschungsansätze betrachtet, deren Ergebnisse zur Formulierung ätiologischer Theorien beigetragen haben, so kann man als Hauptrichtungen unterscheiden:

- 1) Experimentelle und Quasi-Experimentelle Ansätze
- 2) Epidemiologische Forschung und
- 3) die Life-Event-Forschung.

#### *ad (1) Experimente und Quasi-Experimente in der ätiologischen Forschung*

Die Anwendung experimenteller Methoden zur Erforschung der Bedingungen psychischer Störungen verbietet sich im Humanbereich aus ethischen Gründen; experimentelle Methoden sind deshalb auf den infra-humanen Bereich beschränkt. Hier wurden (vorwiegend bei Hunden und Katzen) sog. „experimentelle Neurosen“ durch das Einführen traumatischer Erfahrungen (Wolpe, 1952), durch sehr schwierige Diskriminationsaufgaben (Pawlow, 1927) sowie durch gravierende Konfliktsituationen (Masserman, 1943) erzeugt. Auch die Experimente der Gruppe um Seligman aus dem Bereich der

„gelernten Hilflosigkeit“ (1979) lassen sich hier einordnen. Aus den experimentellen Neurosen im Tierexperiment wurde aufgrund gewisser Ähnlichkeiten im Verhalten und in physiologischen Parametern auf möglicherweise ähnliche Bedingungskonstellationen bei menschlichem neurotischen Verhalten geschlossen. Diese Analogien sind in mehreren Bereichen durchaus überzeugend (etwa bei Merkmalen der experimentellen Hilflosigkeit und der menschlichen Depression, vgl. dazu Seligman, 1979), die Experimente sind jedoch nur eingeschränkt auf den humanen Bereich zu übertragen. Als wichtigste Argumente für diese Einschränkungen sind folgende Gesichtspunkte anzuführen:

- a) *Faktor Zeit*: Experimentelle Neurosen sind in kurzer Zeit ausformbar und ähnlich schnell wieder zu verlernen; neurotisches Verhalten im Humanbereich entwickelt sich zumeist über Jahre hinweg und ist zumeist recht stabil.
- b) *Faktor Kognitionen*: Die Analogie zwischen experimentellen und Human-Neurosen kann den Aspekt der kognitiven Verarbeitung, Gesichtspunkte von Denkprozessen etc. nicht berücksichtigen.
- c) *Soziale Faktoren*: Experimentelle Neurosen werden vorwiegend unter sozial isolierten Bedingungen erworben und z. T. wieder verlernt; psychische Störungen sind im Rahmen der Entstehung und Aufrechterhaltung in ein komplexes soziales Netz eingebaut. Die Störungen führen außerdem zu gravierenden Veränderungen im partnerschaftlichen, familiären und sozialen Bereich.

Diese Überlegungen schränken die Aussagekraft von experimentellen Neurosen stark ein; in der ätiologischen Forschung spielen deshalb diejenigen Strategien eine bedeutsame Rolle, in denen die experimentellen Manipulationen nicht vom Experimentator eingeführt werden; von der Logik der Designs her spricht man deshalb von „Quasi-Experimenten“. Die wichtigsten Formen sind die *Zwillingsforschung* und die *Adoptivstudien* (die Life-Event-Forschung wird in einem eigenen Punkt besprochen). Verschiedene Kombinationen von eineiigen, von zweieiigen Zwillingen sowie von getrennt und gemeinsam aufgewachsenen Kindern einerseits und speziellen psychischen Störungen andererseits lassen zumindest gewisse Rückschlüsse auf genetische und umweltbedingte Determinanten psychischer Störungen zu.

#### *ad (2) Epidemiologische Forschung*

Die Epidemiologie ist bereits zu einem in sich stark verzweigten Forschungsgebiet der Klinischen Psychologie geworden. Die Forschungsstrategie leitet sich aus der medizinischen Analyse von Epidemien Mitte des vorigen Jahrhunderts ab; Epidemiologie meint dabei die Verteilung von Krankheiten in der Bevölkerung und die Analyse ihrer Determinanten (vgl. Pflanz, 1973; Häfner & Weyerer, 1990). Als Determinanten werden in der epidemiologischen Forschung vorwiegend Merkmale aus dem makro-sozialen und aus dem nicht-psychologischen Bereich analysiert (z. B. Schichtbedingungen, Wohngegend, ...).

Wichtigste Kenngrößen in der epidemiologischen Forschung sind die *Inzidenz-* bzw. *Prävalenzrate*: Unter „Inzidenz“ versteht man die Häufigkeit neu aufgetretener Fälle innerhalb eines bestehenden Zeitraums; „Prävalenz“ hingegen bezeichnet den Bestand an psychisch gestörten Personen in einer speziellen Population zu einem Zeitpunkt (Punktprävalenz) bzw. in einem bestimmten Zeitraum (Streckenprävalenz).

In der epidemiologischen Forschung unterscheidet man nun drei aufeinander aufbauende Schritte (s. Keupp, 1974; Häfner, 1978):

- 1) *Deskription* der Häufigkeit psychischer Störungen in der Bevölkerung und Herstellen eines Bezugs mit speziellen Bedingungen (vgl. z. B. Hollingshead & Redlich, 1974, die die Häufigkeit psychischer Störungen in Bezug zur Schichtposition des Individuums stellen).
- 2) *Interpretation* des korrelativen Befundes im Sinne möglicher Bedingungen für das Auftreten und die Verteilung psychischer Störungen (vgl. z. B. Dohrenwend & Dohrenwend, 1981, die als Vermutungen über die gefundenen Verteilungen psychischer Störungen vorwiegend die Hypothese „sozialer Verursachung“ und des „sozialen Drifts“ geltend machen).
- 3) *Evaluative* Epidemiologie, d. h. das Bereitstellen von präventiven Maßnahmen zur Verringerung der Häufigkeit psychischer Störungen (z. B. präventive Maßnahmen; Verbesserung der Versorgungsstruktur; Veränderung der Sozialgesetzgebung etc.).

Welche Bedeutung die epidemiologische Forschung für die Analyse der Bedingungen psychischer Störungen besitzt, zeigt sich nicht zuletzt an Studien zur drastischen Veränderung der Häufigkeit verschiedener psychischer Störungen im Verlaufe von wenigen Jahren oder Jahrzehnten; Beispiele dafür sind die Veränderungen der Alkoholismusrate in den Jahren nach dem Zweiten Weltkrieg, die Veränderungen in der Diagnose „Hysterie“ seit der Jahrhundertwende, die Aufnahme der Diagnose „Panikattacken“ oder „Bulimie“ in das DSM-III bzw. DSM-IV usw. Dabei sollte man nicht vergessen, daß eines der grundlegenden Probleme der epidemiologischen Forschung alles andere als gelöst ist: Die Antwort auf die simpel klingende Frage „*Was ist ein Fall?*“ ist ganz entscheidend für epidemiologische Forschungsstrategien, für die entsprechenden Untersuchungsmethoden und für die Theorienbildung im Rahmen der klinisch-psychologischen Epidemiologie. Die Frage läuft auf das Festlegen von Kriterien hinaus, nach denen eine Person als „Patient“ zu bezeichnen ist.

### *ad (3) Life-Event-Forschung*

Die Auffassung, daß das Eintreten belastender Lebensereignisse mit dem Auftreten psychischer Störungen zusammenhängt, ist u. a. Bestandteil unseres Alltagswissens. In systematischer Weise wurde dies erstmals von George Brown und seiner Forschergruppe in London Anfang der 60er Jahre aufgegriffen; Brown entwickelte einen Interview-Leitfaden, mit dessen Hilfe bei einer Reihe von Personen kritische Lebensereignisse retrospektiv erfaßt wurden; der Grad der Beeinträchtigung wurde von geschulten Experten mit

Hilfe der „Life-Event-Schedule“ (LES, Brown, 1974; dt., 1980) beurteilt. Dieses Vorgehen ist zum einen extrem aufwendig und zum anderen stark von der Beurteilung der jeweiligen Experten abhängig.

Ein etwas anderer Zugang ist der von Holmes & Rahe (1967): Ihrer Auffassung nach sind es nicht so sehr die kritischen Lebensereignisse selbst, die zu psychischen Störungen führen, sondern der Umstand, daß kritische Lebensereignisse vom Individuum einen unterschiedlich hohen Grad an Wiederanpassungsleistung erfordern. Zur Bestimmung dieser Lebensveränderungen entwickelten sie die „Social Readjustment Rating Scale“ (SRRS): Auf einer Skala von 11–100 sind standardisierte Werte für den Grad an Wiederanpassung angeführt, den ein Individuum benötigt, wenn es mit einem entsprechenden Life-Event konfrontiert wurde (Beispiel: Tod des Ehepartners = 100; ... Pensionierung = 45 ... usw.).

Im deutschen Sprachraum haben sich vor allem Katschnig (1980) sowie Filipp (1981) aus konzeptioneller, theoretischer und empirischer Sicht mit der Life-Event-Forschung beschäftigt; dabei ist es nicht einmal einfach genau anzugeben, was ein Life-Event zu einem „kritischen“ macht, weil eine Bestimmung rein über die Konsequenzen des Ereignisses zirkulären Charakter besäße. Filipp (1981) nennt drei Merkmale, die als bedeutsam gelten:

- a) Ein kritisches Lebensereignis beinhaltet eine raum-zeitliche Verdichtung des Geschehens;
- b) das Ereignis führt zu einem Stadium des relativen Ungleichgewichts im Passungs-Gefüge von Person und Situation;
- c) das Ereignis ist für die Person mit dem Erleben von Affekten verbunden (s. Filipp, 1981, S. 23).

Der Beitrag der Life-Event-Forschung ist in der ätiologischen Forschung zwar nicht mehr wegzudenken, auf der anderen Seite sind mit dem Ansatz eine ganze Reihe von theoretischen und methodologischen Schwierigkeiten verbunden. Als gravierendste dieser Probleme sind zu nennen:

- Die Life-Event-Forschung geht im Allgemeinen *retrospektiv* vor; damit verbundene Probleme der Verzerrung durch die Erinnerung, der subjektiven Filterung und der unterschiedlichen Gewichtung lange zurückliegender Ereignisse liegen auf der Hand.
- Ein großes Manko bildet die *Unspezifität* der Life-Event-Forschung: Vom Gesichtspunkt der Differentialätiologie aus ist es höchst unbefriedigend, wenn eine Summe von Life-Events für das Auftreten sehr unterschiedlicher psychischer Störungen (Depression, Schizophrenie, Ängste ...) verantwortlich gemacht werden.
- In der Life-Event-Forschung besteht ein großes Problem der *Interpretation*: Ein Life-Event kann dabei sowohl auslösende Funktion für eine psychische Störung besitzen, umgekehrt kann eine psychische Störung zu einer Häufung kritischer Ereignisse führen.

Als Ergänzung zu den anderen Methoden der differentialätiologischen Forschung (vgl. auch Becker, 1984) besitzt die Life-Event-Forschung trotz der angeführten Einschränkungen dennoch große Bedeutung.

#### 4 Nosologische Forschung

Die nosologische Forschung versucht einen Beitrag zu einem besseren Verständnis psychischer Störungen dadurch zu leisten, daß spezielle psychologische Merkmale der Störung im Detail erfaßt und untersucht werden. Mit dem aus der medizinischen Terminologie entliehenen Begriff der Nosologie soll jedoch keine Festlegung hinsichtlich eines speziellen Krankheitsmodelles vorgenommen werden. Besondere Zugangsmöglichkeiten bieten sich

- a) im Rahmen der experimentellen Psychopathologie,
- b) durch experimentelle Analogstudien und
- c) durch Verlaufsanalysen, insbesondere durch Einzelfallstudien.

##### *ad a) Experimentelle Psychopathologie*

Hier werden spezielle psychologische Merkmale von psychisch gestörten Personen (zumeist mit Hilfe von diagnostischen Verfahren) unter experimentellen Bedingungen untersucht. Das Ziel besteht darin, möglichst viele derjenigen spezifischen Merkmale zu erfassen, die für die Störung charakteristisch sind. Der Forschungsansatz wird deshalb auch als „Psychopathometrie“ oder als „Biometrie“ bezeichnet (vgl. Sorgatz, 1979).

Das im klinisch-psychologischen Bereich bekannteste Beispiel ist die Untersuchung von kognitiven Mechanismen bei Schizophrenen: Erforscht werden dabei insbesondere Aspekte der Aufmerksamkeit, der Begriffsbildung, der Verarbeitung, Speicherung und Reproduktion von Information (für einen Überblick vgl. Ruckstuhl, 1981). Aufgrund solcher experimentell-diagnostischer Untersuchungen werden für Schizophrene eine Reihe von Theorien geltend gemacht (z. B.: „Filter-Theorie“); schon das Nebeneinander verschiedener Modelle zeigt, daß von einem einheitlichen nosologischen Merkmal bei Schizophrenen nicht gesprochen werden kann. Dies hängt u. U. auch damit zusammen, daß die Gruppe der Schizophrenen selbst wieder äußerst heterogen ist (s. oben, Problem der Klassifikation!); einigermaßen tragfähige nosologische Untersuchungen aber stehen und fallen mit einer klaren Klassifikation.

##### *ad b) Experimentelle Analogstudien*

Eine experimentelle Untersuchung oder gar systematische Bedingungsvariation verbietet sich aus ethischen Gründen bei denjenigen Personen, die unter ernstzunehmenden psychischen Störungen leiden (Beispiel: massive Angstzustände; depressive Zustände; ...). Um nun dennoch Aufschluß über wichtige Merkmale des Verlaufs und der Veränderung gravierender Störungen zu erhalten, bietet sich die Untersuchung an solchen Personen an, die das

interessierende Merkmal in „subklinischer“ Ausprägung aufweisen. Die wichtige Annahme dabei ist, daß normale Personen und klinisch auffällige Personen hinsichtlich des Merkmals (z. B. Angst) auf einem Kontinuum anzuordnen sind. So wird beispielsweise unterstellt, daß Personen mit Prüfungsängsten oder auch mit Kleintierphobien ebenfalls Merkmale klinischer Ängste aufweisen. Die genannten Personengruppen sind, da es sich nicht um behandlungsbedürftige Individuen handelt, vom ethischen Standpunkt aus ohne weiteres näher zu untersuchen; aus den Ergebnissen wird dann – eben wegen der Analogie mit klinischen Ängsten – auf Merkmale klinischer Angstzustände geschlossen. Mit der Durchführung und vor allem mit der Interpretation von Analogstudien sind eine Reihe von Einschränkungen verbunden, die seit langem diskutiert werden (vgl. Bernstein & Paul, 1971). So mögen klinische und subklinische Angstzustände in einer Reihe grundlegender Merkmale durchaus Ähnlichkeiten aufweisen (Beispiel: Mechanismen des Erwerbs von Ängsten . . .); ähnlich wie bei den „experimentellen Neurosen“ sind bei den klinisch beeinträchtigten Personen jedoch eine Reihe von Gesichtspunkten (z. B. sozialer Art) in Rechnung zu stellen, die bei sog. Analogpersonen nicht auftreten und daher nicht erfaßt werden können.

#### *ad c) Verlaufsanalysen und Einzelfallstudien*

Für die Untersuchung von Verläufen klinischer Merkmale bieten sich Einzelfallstudien (neben Quasi-Längsschnittuntersuchungen an Gruppen) besonders an. Einzelfallstudien besitzen in der Klinischen Psychologie eine lange Tradition; diese Tradition ist eine gewisse Zeit in den Hintergrund getreten und erlebte in den 70er Jahren eine neue Blüte (s. Grawe, 1988). Mitverantwortlich dafür ist die Entwicklung von Methoden der Versuchsplanung und der Auswertung für Einzelfälle (vgl. Hersen & Barlow, 1976; Kratochwill, 1978; Petermann & Hehl, 1979; Petermann, 1992; Kern, 1997).

Zugunsten der Durchführung von Einzelfallanalysen gibt es eine Reihe von guten inhaltlichen und methodologischen Argumenten; demnach sind Einzelfallstudien speziell in folgenden Fällen angezeigt:

- zur Untersuchung von sehr seltenen Fällen (Dokumentation);
- zur Erfassung von sehr langen Verläufen (z. B. über Jahre hinweg);
- bei der erstmaligen Anwendung eines neuen Verfahrens (wegen ethischer Probleme);
- zur Aufklärung der Varianz sehr heterogener Stichproben (z. B. in der Erforschung der Bedingungen von Mißerfolgen);
- im Rahmen detaillierter diagnostischer Untersuchungen (diagnostische Einzelfallanalysen).

Der neue Aufschwung der einzelfallanalytischen Forschung – insbesondere als Beitrag in der klinisch-psychologischen Nosologie – darf nicht darüber hinwegtäuschen, daß mit der Durchführung von Einzelfallanalysen eine Reihe von Problemen verbunden sind. Zum ersten sind Einzelfallanalysen keineswegs einfacher oder problemloser durchzuführen als Gruppenstudien; die Durchführung einer Einzelfallanalyse erfordert in der Regel einen zumindest ebenso

hohen theoretischen und methodologischen Aufwand. Zum zweiten sind Probleme der Interpretation, insbesondere der Zusammenfassung von Einzelfallbefunden zu einer Gesamtaussage („Agglutination“) alles andere als gelöst. Eine gewisse Möglichkeit dazu bietet vielleicht die Strategie der Meta-Analysen (Smith, Glass & Miller, 1980; Shapiro, 1985), wobei dann jedoch wieder die Vorzüge des einzelfallanalytischen Vorgehens verlorengehen.

### 5 Differentielle Psychotherapieforschung

Die empirische Psychotherapieforschung ist heute nicht mehr als einheitliches Unterfangen zu charakterisieren; zu unterschiedlich sind die einzelnen Ziele und die damit verbundenen methodischen Vorgangsweisen (vgl. Strupp & Howard, 1992). Die Tabelle 2 versucht einen gewissen Überblick, wobei mehrere Dimensionen zugrunde gelegt werden.

Tabelle 2  
Strategien der Psychotherapieforschung im Überblick

Merkmal/ Kriterien	Spannbreite an Forschungsstrategien und damit verbundenen Zielen	
Auflösungsgrad	Mikro-Analyse Ziel: Analyse von Details des therapeutischen Verlaufs	Meta-Analysen Ziel: Zusammenfassung heterogener Befunde aus unterschiedlichen Studien
Anzahl der unter- suchten Personen	Einzelfallstudien (N = 1) Ziel: Untersuchung von Individuumparametern	Groß-N-/Gruppenstudien Ziel: Prüfung von Aggregathypothesen
Intention einer Studie	Effektivitätsanalysen Ziel: Untersuchung von Wirkungsmechanismen	Kosten-Nutzen-Analyse Ziel: gesundheits- und gesellschafts- politische Argumentation/Evaluation

Der Begriff „differentiell“ greift die Argumentation von Kiesler (1966) bzw. Paul (1967) auf: Demnach sollten bei der Durchführung psychotherapeutischer Verfahren nicht nur unterschiedliche Strategien unterschieden werden, man sollte vielmehr auch spezielle Merkmale des Klienten, des Therapeuten, der Störung und der Kriterien der Veränderung berücksichtigen.

Die Notwendigkeit einer empirischen Erforschung unterschiedlicher Aspekte des therapeutischen Prozesses und Ergebnisses (auch auf verschiedenen Ebenen, vgl. Fahrenberg, 1984) ist heute praktisch unbestritten.

Im Rahmen dieses Kapitels sind keinesfalls alle Strategien und unterschiedlichen methodischen Ansätze der Psychotherapieforschung zu erörtern; dazu liegen eine Reihe von einschlägigen Publikationen, u. a. auch in Überblickswerken, vor (vgl. Garfield & Bergin, 1986; Bergin & Garfield, 1994; Rachman & Wilson, 1980; Vandenbos, 1986, 1996; Gurman & Razin, 1977; Williams & Spitzer, 1984; Lambert, Christensen & DeJulio, 1983; Petermann, 1977; Baumann, 1981; Perrez & Baumann, 1991; Beutler & Crago, 1991; Grawe 1992;

Grawe, Donati & Bernauer, 1994; Reinecker, 1996). Im Sinne der unterschiedlichen Zielrichtungen innerhalb der Psychotherapieforschung erscheint das Nebeneinander unterschiedlicher Ansätze unproblematisch; für den Leser, der mit der Materie weniger vertraut ist, entsteht dabei häufig der Eindruck eines unentwirrbaren Dickichts und eines konzeptlosen Durcheinanders. Wichtig wäre in einer solchen Situation wohl der obige Hinweis auf die unterschiedlichen *Ziele*, die mit den einzelnen Studien verfolgt werden. So ist beispielsweise eine Untersuchung über die Interaktion von Klient und Therapeut für eine Mikroanalyse des therapeutischen Prozesses durchaus zielführend; eine Meta-Analyse über die generelle Wirkung verhaltensmedizinischer Vorgehensweisen bei der Behandlung somatischer Störungen ist wiederum dazu geeignet, solchen Strategien im Rahmen der Gesundheitsversorgung zum Durchbruch zu verhelfen.

Selbst wenn man sich auf einen Kernbereich der Psychotherapieforschung beschränkt, nämlich auf die Erforschung von Effekten im Rahmen faktorieller Designs (zu den Problemen vgl. Yates, 1976) zeigt sich, daß eine einheitliche Beurteilung nicht mehr möglich ist. Zur Beurteilung müssen vielmehr unterschiedliche *Kriterien* herangezogen werden, die ein empirisches Ergebnis in durchaus unterschiedlichem Lichte erscheinen lassen. So reicht etwa die Betrachtung von Mittelwertsunterschieden und der Varianzen in den behandelten versus unbehandelten Gruppen keineswegs aus; nach Kazdin & Wilson (1978) ist es vielmehr wichtig, folgende Gesichtspunkte als Kriterien zugrunde zu legen:

- a) *Anzahl* der Patienten mit *Verbesserungen*: Hierbei werden Veränderungen (z. B. vollständig gebessert, gebessert, unverändert, verschlechtert) auf der Ebene einzelner Patienten als Grundlage für die Beurteilung herangezogen.
- b) *Breite* der Veränderungen: Verlangt ist dabei die Angabe, auf welche Bereiche sich eine therapeutische Veränderung bezieht (z. B. Beruf, Familie ...) bzw. ob die Veränderung auf die Intervention zurückzuführen ist. Die Güte einer Intervention ist davon abhängig unterschiedlich zu beurteilen.
- c) *Dauer* der Änderung: Von einer psychotherapeutischen Intervention wird üblicherweise verlangt, daß eine positive Veränderung auch nach dem Ausklingen der Therapie andauert (zeitliche Generalisierung). Während über die adäquate Dauer einer Nachkontrolle unterschiedliche Auffassungen existieren (dies ist auch abhängig von der behandelten Störung), gelten solche Interventionsverfahren als besonders erwünscht, die dem Patienten eine Strategie zur Aufrechterhaltung und evtl. sogar zur Bewältigung künftiger Probleme vermitteln.
- d) *Bedeutung* einer Veränderung: Als formales Minimalkriterium für die Beurteilung der Bedeutung einer Veränderung gilt das statistische Signifikanzniveau; dies erweist sich jedoch keinesfalls als hinreichend, weil eine Veränderung auch eine klinische Bedeutsamkeit aufweisen sollte. Optimal wäre in diesem Zusammenhang sicherlich auch eine gewisse soziale Sichtbarkeit einer Veränderung.

- e) *Kosten und Nutzen* einer Veränderung: Dieses Kriterium wurde in letzter Zeit vermehrt geltend gemacht (vgl. Bühringer & Hahlweg, 1986; Vandebos, 1996); gemeint sind auf Seiten der Kosten der Aufwand für die Therapie ebenso wie auf Seiten des Nutzens die positiven Entwicklungsmöglichkeiten eines Patienten als Folge einer Intervention. Häufig werden die Kosten oder Nutzen auch in Relation zueinander gesetzt (das Ziel besteht dann in einer Gesamtevaluation). Dies ist deshalb mit großen Schwierigkeiten verbunden, weil sich schwerlich alle Kosten- noch Nutzeneffekte erfassen lassen und weil sie kaum in quantifizierbaren Einheiten aufrechenbar sind (vgl. dazu Wittmann, 1985).

Als Randbereiche der Psychotherapieforschung können Studien über rechtliche, finanzielle und institutionelle Probleme der psychosozialen Versorgung, Gesichtspunkte der Ausbildung zur Psychotherapie etc. angesehen werden. Bei der Betrachtung von Psychotherapie sollte man solche Aspekte nicht unterschätzen, weil diese (nach Baumann, 1984: „Makro-Bereiche“) institutionellen Rahmenbedingungen von Psychotherapie das inhaltliche Geschehen des psychotherapeutischen Prozesses und damit häufig das Ergebnis in entscheidendem Maße beeinflussen.

### *6 Forschung – ein Faß ohne Boden?*

Klinisch-psychologische Forschung wurde als Versuch bezeichnet, in einem komplexen Feld eine gewisse Orientierung zu liefern; dieser Versuch der Orientierung scheint in manchen Bereichen ins Gegenteil zu kippen: Als Forscher und Praktiker steht man häufig vor einer derartigen Flut an einzelnen Befunden, unterschiedlichen methodischen Perspektiven und theoretischen Ansätzen, daß die Orientierung immer schwieriger wird. Zudem ist ein Praktiker bei der Behandlung eines speziellen Problems ja weniger daran interessiert, die allerneuesten und verzweigtesten Ergebnisse aus der Grundlagen- oder Psychotherapieforschung zu rezipieren; sein Anliegen ist es vielmehr, Hinweise zu bekommen, die als relativ bewährt angesehen werden können und die ihm bei der Lösung praktischer Probleme weiterhelfen.

Angesichts der Informationsflut und neuer Entwicklungen könnte man geradezu resignieren; dabei betonen Forscher immer wieder, wie viele Bereiche noch ungelöst sind und der näheren Analyse bedürfen. Das zentrale Dilemma – zwischen unvollständigem Wissen einerseits und der Notwendigkeit zu konkretem Handeln andererseits – wurde bereits von David Hume (s. Stegmüller, 1971) in dieser Deutlichkeit gesehen. Demnach sollten wir uns von dem Ziel lösen, alles und alle Details *wissen* zu wollen; unser Wissen ist – und hier muß man den Analysen von Popper (1969) folgen – prinzipiell unvollständig, unsere Hypothesen und Theorien gelten jeweils nur vorläufig. Es ist also eine Illusion, jemals sicheres Wissen zu erreichen, Wissen, das einen sicheren Standpunkt bieten könnte, von dem aus man zur Eroberung weiterer Gebiete antreten möchte.

Wenn man sich der zweiten Alternative in dem genannten Dilemma zuwendet, so ist dies mit Stegmüller (1971) in folgende Frage zu fassen: „Wie sollen wir handeln?“ (1971, S. 72). Als Wissenschaftler und Praktiker bleibt keine andere Möglichkeit, als auf der Grundlage unsicheren Wissens zu handeln. Der Bereich der Schizophrenie- oder der Angstforschung beispielsweise ist äußerst verzweigt und von einem Einzelnen nicht mehr überblickbar; wenn man einzelne Untersuchungen betrachtet, so erweisen sich die Ergebnisse als vorläufig, als unsicher und der weiteren Prüfung bedürftig. Es wäre auf der anderen Seite jedoch unververtretbar, die betroffenen Patienten und ihre Angehörigen auf den Tag zu vertrösten, an dem die noch offenen Fragen geklärt sein werden. Die Klärung offener Fragen wirft in der empirischen Forschung immer neue Fragen auf, so gesehen ist Forschung – auch in der Klinischen Psychologie – ein Faß ohne Boden.

Dennoch muß unser praktisches Handeln nicht der Beliebigkeit ausgeliefert sein: Patienten haben ein Recht darauf, die zu einem gegebenen Zeitpunkt optimale Behandlung ihrer Probleme zu bekommen. Klinisch-psychologisches Handeln bedarf vielmehr der relativ rationalen Rechtfertigung; diese Rechtfertigung kann nicht auf eine Letztbegründung hinauslaufen, sie muß jedoch relativ rational sein (Westmeyer, 1979; 1981; 1992). Als Bestandteile dieser relativ rationalen Rechtfertigung müssen Gesichtspunkte psychologischer Theorien ebenso herangezogen werden, wie wissenschaftstheoretische und methodologische Überlegungen und natürlich auch empirische Befunde aus den o. g. Bereichen der klinisch-psychologischen Forschung (Grundlagenforschung, Diagnostik und Klassifikation; ätiologische Forschung; nosologische Forschung; Therapieforchung). Daß daneben auch subjektive Gesichtspunkte, wie die Präferenzen und Werthaltungen des Praktikers, seine theoretische Orientierung, sein Wissensstand etc. eine Rolle spielen, macht praktisches Handeln keineswegs völlig beliebig: Dies zeigt nur, daß auch klinisch-psychologisches Handeln ein menschliches Unterfangen darstellt, das in ein komplexes Netz eingebettet bleibt.

Zum Abschluß dieser Überlegungen zu Forschungsproblemen in der Klinischen Psychologie ist es angebracht, einige Perspektiven anzusprechen; anstelle eines Forderungskatalogs erscheint es wichtiger, darauf hinzuweisen, wie wichtig gerade *theoretische Perspektiven* für die klinisch-psychologische Forschung sind. Hier, nicht so sehr in der konkreten empirischen Befundlage, muß man vielerorts ein großes Defizit konstatieren. Als Beispiel kann wiederum auf die Schizophrenieforschung verwiesen werden (vgl. dazu Ruckstuhl, 1981): Mangels einer theoretischen Perspektive stehen die einzelnen Befunde relativ lose und unverbunden nebeneinander und verursachen genau diejenige Orientierungslosigkeit des Forschers und Praktikers, von der oben gesprochen wurde. Vielleicht ist die Forderung nach theoretischen Perspektiven gerade für die Klinische Psychologie und gerade im jetzigen Stadium verfrüht und noch nicht angebracht. Als Leitkonzeption erscheint eine solche Perspektive dennoch unabdingbar. Als Vorstufe dafür könnte man die Forderung nach einer besseren Koordination von theoretischen Aussagen einerseits und empirischen Befunden andererseits erheben; dies ist als Pro-

blem der Operationalisierung bekannt. Eine konkrete Untersuchung müßte demnach möglichst klar angeben (und dies ist wiederum z. T. ein sprachliches Problem), zu welchen theoretischen Modellen sie Stellung bezieht. Andererseits besteht die Gefahr, daß man zur Interpretation der einzelnen Befunde ad hoc neue Hypothesen und theoretische Modelle heranzieht, die wie Eintagsfliegen unsere Zeitschriften bevölkern. Die erforderlichen theoretischen Perspektiven und die entsprechende Zuordnung empirischer Untersuchungen könnten für den Forscher und Praktiker zu einer Art Problemlösestrategie werden, mit deren Hilfe eine Orientierung im klinisch-psychologischen Bereich zumindest erleichtert würde.

### *Weiterführende Literatur*

- Bellack, A. S. & Hersen, M. (Eds.). (1984). *Research methods in clinical psychology*. New York: Pergamon Press.
- Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (Eds.). (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: John Wiley.
- Kazdin, A. E. & Wilson, G. T. (1980). *Research design in clinical psychology*. New York: Harper & Row.

### *Literatur*

- American Psychiatric Association (APA). (Ed.). (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., DSM-III). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (Ed.). (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., revised, DSM-III-R). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (Ed.). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association (dt. 1996).
- Baumann, U. (Hrsg.). (1981). *Indikation zur Psychotherapie. Perspektiven für Praxis und Forschung*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Baumann, U. (Hrsg.). (1984). *Psychotherapie: Makro-/Mikroperspektive*. Göttingen: Hogrefe.
- Baumann, U. & Perrez, M. (Hrsg.). (1990). *Klinische Psychologie. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Ätiologie*. Bern: Huber.
- Beck, A. T. & Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research & Therapy*, 35, 49–58.
- Becker, P. (1984). Differentialätiologie. In L. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie* (2. Aufl.). Stuttgart: Enke.
- Bellack, A. S. & Hersen, M. (Eds.). (1984). *Research methods in clinical psychology*. New York: Pergamon Press.
- Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (Eds.). (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: John Wiley.

- Bernstein, D. A. & Paul, G. L. (1971). Some comments of therapy analogue with small animal „phobias“. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2, 225–237.
- Beutler, L. E. & Crago, M. (1991). *Psychotherapy research. An international review of programmatic studies*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129–148.
- Brown, G. W. (1980). Wie können die Bedeutung und der Streß von Lebensveränderungen gemessen werden? In H. Katschnig (Hrsg.), *Sozialer Streß und psychische Erkrankung*. München: Urban & Schwarzenberg. [Original: Brown, G. W. (1974). Meaning measurement and stress of life events. In B. S. Dohrenwend & B. P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful life events: Their nature and effects*. New York: Wiley].
- Bunge, M. (1967). *Scientific Research, I, II*. Berlin: Springer.
- Bühringer, G. & Hahlweg, K. (1986). Kosten-Nutzen-Aspekte psychologischer Behandlung. *Psychologische Rundschau*, 37, 1–19.
- Campbell, D. T. & Stanley, J. C. (1966). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Chicago: Rand McNally.
- Cook, T. D. & Campbell, D. T. (1979). *Quasi-experimentation. Design and analysis for field settings*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Degkwitz, R., Helmchen, H., Kockott, G. & Mombour, W. (Hrsg.). (1980). *Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Deutsche Ausgabe der Internationalen Klassifikation der WHO (ICD) (9. Rev)*. Berlin: Springer.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.
- Dohrenwend, B. S. & Dohrenwend, B. P. (1981). Socioenvironmental factors, stress, and psychopathology. *American Journal of Community Psychiatry*, 9, 128–159.
- Fahrenberg, J. (1984). Methodische Überlegungen zur Mehrebenen-Prozeßforschung. In U. Baumann (Hrsg.), *Psychotherapie: Makro-/Mikroperspektive*. Göttingen: Hogrefe.
- Fillip, S. H. (1981). (Hrsg.). *Kritische Lebensereignisse*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Gadenne, V. (1976). *Die Gültigkeit psychologischer Untersuchungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Garfield, S. L. & Bergin, A. E. (Eds.). (1986). *Handbook of psychotherapy and behavior change. An empirical analysis (3rd ed.)*. New York: Wiley.
- Grawe, K. (1988). Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 17, 1–7.
- Grawe, K. (1992). Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau*, 43, 132–162.
- Grawe, K. & Caspar, F. (1984). Die Plananalyse als Konzept und Instrument für die Psychotherapieforschung. In U. Baumann (Hrsg.), *Psychotherapie: Makro-/Mikroperspektive*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Gurman, A. S. & Razin, A. M. (Eds.). (1977). *Effective psychotherapy: A handbook of research*. New York: Pergamon Press.
- Häfner, H. (Hrsg.). (1978). *Psychiatrische Epidemiologie – Geschichte, Einführung und ausgewählte Forschungsergebnisse*. Heidelberg: Springer.
- Häfner, H. & Weyerer, S. (1990). Epidemiologie. In U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), *Klinische Psychologie. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Ätiologie*. Bern: Huber.

- Heckhausen, H. (1983). Zur Lage der Psychologie. *Psychologische Rundschau*, 34, 1–20.
- Hersen, M. & Barlow, D.H. (1976). *Single case experimental designs. Strategies for studying behavior change*. New York: Pergamon Press.
- Hollingshead, A.B. & Redlich, F. (1974). Soziale Schichtung und psychiatrische Erkrankungen. In H. Keupp (Hrsg.), *Verhaltensstörungen und Sozialstruktur. Epidemiologie: Empirie, Theorie, Praxis*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Holmes, T.H. & Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213–218.
- Kahneman, D., Slovic, P. & Tversky (Eds.). (1982). *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kanfer, F.H. & Saslow, G. (1965). Behavioral analysis: An alternative to diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*, 12, 529–538.
- Katschnig, H. (Hrsg.). (1980). *Sozialer Streß und psychische Erkrankung*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Kazdin, A.E. & Wilson, G.T. (1978). Criteria for evaluating psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 35, 407–416.
- Kern, H.J. (1997). *Einzelfallforschung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Keupp, H. (Hrsg.). (1974). *Verhaltensstörungen und Sozialstruktur. Epidemiologie: Empirie, Theorie, Praxis*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Kiesler, D.J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65, 110–136.
- Kratochwill, T.R. (Ed.). (1978). *Single subject research. Strategies for evaluating change*. New York: Academic Press.
- Lambert, M.J., Christensen, E.R. & DeJulio, S.S. (Eds.). (1983). *The assessment of psychotherapy outcome*. New York: Wiley.
- Masserman, J.H. (1943). *Behavior and neurosis*. Chicago University of Chicago Press.
- Mischel, W. (1973). Towards a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychological Review*, 80, 252–283.
- Mischel, W. (1986). *Introduction to personality. A new look* (4th ed.). New York: CBS College Publishing.
- Paul, G.L. (1967). Insight vs. desensitization in psychotherapy two years after termination. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 333–348.
- Pawlow, I.P. (1927). *Conditioned reflexes*. London: Oxford University Press.
- Perrez, M. & Baumann, U. (Hrsg.). (1991). *Klinische Psychologie. Band 2: Intervention*. Bern: Huber.
- Petermann, F. (Hrsg.). (1977). *Psychotherapieforschung*. Weinheim: Beltz.
- Petermann, F. (1992). *Einzelfalldiagnose und Klinische Praxis* (2. Aufl.). München: Quintessenz.
- Petermann, F. & Hehl, F.-J. (Hrsg.). (1979). *Einzelfallanalyse*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Pflanz, M. (1973). *Allgemeine Epidemiologie – Aufgaben, Technik, Methoden*. Stuttgart: Thieme.
- Pirke, K.M., Vandereycken, W. & Ploog, D. (Eds.). (1988). *The psychobiology of bulimia nervosa*. Berlin: Springer.
- Popper, K.R. (1969). *Logik der Forschung* (3. Aufl.). Tübingen: J.C.B. Mohr.
- Pudel, V. & Westenhöfer, J. (1991). *Ernährungspsychologie. Eine Einführung*. Göttingen: Hogrefe.
- Rachman, S.J. & Wilson, G.T. (1980). *The effects of psychological therapy*. Oxford: Pergamon Press.

- Reinecker, H. (1996). *Therapieforschung*. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Band 1). Berlin: Springer.
- Ruckstuhl, U. (1981). *Schizophrenieforschung – die theoretischen und empirischen Beiträge der Experimentellen Psychologie*. Weinheim: Beltz.
- Schefft, B. K. & Kanfer, F. H. (1987). The utility of process model in therapy: A comparative study of treatment effects. *Behavior Therapy*, 2, 113–134.
- Schmidt, L. R. (Hrsg.). (1984). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie* (2. Aufl.). Stuttgart: Enke.
- Schulte, D. (1976). *Diagnostik in der Verhaltenstherapie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Schulte, D. (1995). *Therapieplanung*. Göttingen: Hogrefe.
- Seligman, M. E. P. (1979). *Erlernte Hilflosigkeit*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Shapiro, D. A. (1985). Recent applications of meta-analysis in clinical research. *Clinical Psychology Review*, 5, 13–34.
- Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Sorgatz, H. (Hrsg.). (1979). *Biometrie in der Psychopathologie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Stegmüller, W. (1971). Das Problem der Induktion: Humes Herausforderung und moderne Antworten. In H. Lenk (Hrsg.), *Neue Aspekte der Wissenschaftstheorie*. Braunschweig: Vieweg.
- Stegmüller, W. (1974). *Wissenschaftliche Erklärung und Begründung. Probleme und Resultate der Wissenschaftstheorie und Analytischen Philosophie* (Bd. 1). Berlin: Springer.
- Strupp, J. H. & Howard, K. I. (1992). A brief history of psychotherapy research. In D. K. Freedheim (Ed.), *A history of psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Tunner, W. (1978). *Das Dilemma experimenteller Therapie-Erfolgsstudien*. Vortrag auf dem Kongreß der EABT, Wien.
- Vandenbos, G. R. (Guest Editor). (1986). *American Psychologist*. Special Issue: Psychotherapy Research, 41, 2.
- Vandenbos, G. R. (Ed.). (1996). Special issue: Outcome assessment of psychotherapy. *American Psychologist*, 51(10).
- Westmeyer, H. (1979). Die rationale Rekonstruktion einiger Aspekte psychologischer Praxis. In H. Albert & K. H. Stapf (Hrsg.), *Theorie und Erfahrung*. Stuttgart: Klett.
- Westmeyer, H. (1981). Allgemeine methodologische Probleme der Indikation in der Psychotherapie. In U. Baumann (Hrsg.), *Indikation zur Psychotherapie. Perspektiven für Praxis und Forschung*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Westmeyer, H. (1992). Möglichkeiten und Grenzen differentieller Therapieforschung. In U. Stuhr & F.-W. Deneke (Hrsg.), *Die Kultur der Fallgeschichte – zwischen Verstehen und Messen*. Heidelberg: Asanger Verlag.
- Wiggins, J. S. (1973). *Personality and prediction. Principles of personality assessment*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Williams, J. B. W. & Spitzer, R. L. (Eds.). (1984). *Psychotherapy research: Where are we and where should we go?* New York: Guilford Press.
- Wittmann, W. W. (1985). *Evaluationsforschung. Aufgaben, Probleme und Anwendungen*. Berlin: Springer.
- Wolpe, J. (1952). Experimental neuroses as learned behavior. *British Journal of Psychology*, 43, 243–261.

Yates, A. J. (1976). Research methods in behavior modification: A comparative evaluation. In M. Hersen, R. M. Eisler & P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (Vol. 2). New York: Academic Press.