

Fietkau, Hans-Joachim

Article

Einige Überlegungen zur Definition und Meßbarkeit von Therapieerfolg

Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie

Provided in Cooperation with:
WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Fietkau, Hans-Joachim (1976) : Einige Überlegungen zur Definition und Meßbarkeit von Therapieerfolg, Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie, ISSN 0300-869x, Alber, Freiburg, Br.; München, Vol. 24, Iss. 3, pp. 221-225

This Version is available at:
<http://hdl.handle.net/10419/112377>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



WZB-Open Access Digitalisate

WZB-Open Access digital copies

Das nachfolgende Dokument wurde zum Zweck der kostenfreien Onlinebereitstellung digitalisiert am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB).

Das WZB verfügt über die entsprechenden Nutzungsrechte. Sollten Sie sich durch die Onlineveröffentlichung des Dokuments wider Erwarten dennoch in Ihren Rechten verletzt sehen, kontaktieren Sie bitte das WZB postalisch oder per E-Mail:

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH

Bibliothek und wissenschaftliche Information

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

E-Mail: bibliothek@wzb.eu

The following document was digitized at the Berlin Social Science Center (WZB) in order to make it publicly available online.

The WZB has the corresponding rights of use. If, against all possibility, you consider your rights to be violated by the online publication of this document, please contact the WZB by sending a letter or an e-mail to:

Berlin Social Science Center (WZB)

Library and Scientific Information

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

e-mail: bibliothek@wzb.eu

Digitalisierung und Bereitstellung dieser Publikation erfolgten im Rahmen des Retrodigitalisierungsprojektes **OA 1000+**. Weitere Informationen zum Projekt und eine Liste der ca. 1 500 digitalisierten Texte sind unter <http://www.wzb.eu/de/bibliothek/serviceangebote/open-access/oa-1000> verfügbar.

This text was digitizing and published online as part of the digitizing-project **OA 1000+**.

More about the project as well as a list of all the digitized documents (ca. 1 500) can be found at <http://www.wzb.eu/en/library/services/open-access/oa-1000>.

Einige Überlegungen zur Definition und Meßbarkeit von Therapieerfolg

Von H.-J. Fietkau, Berlin

Eine Festlegung dessen, was wir unter dem Erfolg psychotherapeutischer Bemühungen zu verstehen haben, ist eine notwendige Bedingung sinnvoller psychotherapeutischer Forschung und Praxis (vgl. Bergold et al. 1973, Sader & Schäuble 1972).

Wann dürfen wir unseren Klienten als geheilt oder gebessert ansehen und wann nicht; eine klare Beantwortung dieser Frage würde eine erhebliche Handlungserleichterung bedeuten. In der Therapiefor schung ist die Beantwortung dieser Frage der Behandlung einer Vielzahl von Problemen forschungslogisch vorgeordnet. Die Indikationsfrage stellt sich als ‚welche Bedingungen (des Klienten, des Therapeu ten, der Situation etc.) müssen gegeben sein, damit ein Klient das Therapieziel erreicht?‘. Die Möglichkeit, derartige Be dingungen zu verdeutlichen, ist an die Definition eines Therapieziels geknüpft. Erst wenn das Therapieziel festgelegt ist, lassen sich die Fragen psychotherapeu tischer Prozeßforschung sinnvoll stellen. Nur dann ist es möglich, günstige Bedin gungen psychotherapeutischen Geschehens zu analysieren, wenn klar vor Augen steht, wofür dies denn sinnvoll sein soll, d. h. zur Erreichung welchen Ziels be stimmte Vorgänge in der Therapie als dienlich oder undienlich angesehen wer den können. An der Definition von Therapieerfolg relativieren sich die ge samten Ergebnisse der Therapiefor schung.

Unter geänderten Zielvorstellungen wer den notwendig auch therapeutische Maß nahmen und Konzepte änderungsbedürf tig.

Obwohl die Beantwortung der Frage, was denn unter dem Erfolg einer Psycho therapie zu verstehen ist, von außeror dentlicher Tragweite ist, verfügen wir hier über keine durch einen allgemeinen Konsens getragene Meinung. Rachman hält die Kriterien für so unterschied lich gefaßt, daß Vergleichsuntersuchungen über verschiedene Techniken sehr erschwert sind. Das Problem wird noch schwieriger, wenn man die Frage der Meßbarkeit einbezieht. Es soll Aufgabe dieses Aufsatzes sein, Möglichkeiten und Grenzen zur Definition und Erfassung von Therapieerfolg zu analysieren und Probleme, die in diesem Zusammenhang stehen, aufzuzeigen.

Bei der Beschreibung von Therapieerfolg geht es um die Beschreibung einer Ver änderung beim Klienten. 3 Fragen stehen hier also zur Diskussion

- a) was verändert sich
- b) in welche Richtung verändert es sich
- c) wie kann diese Veränderung gemessen werden.

Zunächst scheint es notwendig, sich darüber Klarheit zu verschaffen, ob geändertes Verhalten, geändertes Erleben oder beides in Kombination zur Beurteilung von The rapieerfolg herangezogen werden soll. Änderungen im Verhalten und Änderun-

gen im Erleben können zusammenfallen und auch in der Beurteilung der Wünschbarkeit übereinstimmen – dies muß jedoch nicht notwendig so sein. Wenn alle denkbaren Kriterien von Therapieerfolg im Einzelfall konvergieren, erscheint die Beurteilung von Therapieerfolg problemlos. Die Schwierigkeit in der Sachlage ergibt sich erst dann, wenn manche der denkbaren Kriterien erfüllt sind und andere nicht. Dann steht man vor dem Problem der Abwägung der Kriterien, und dazu soll dieser Artikel eine Hilfestellung bieten. Wie beurteilt man einen Fall, in dem der Klient sein ursprünglich unerwünschtes Verhalten beibehalten hat und nun aber – nach der Therapie – unter diesem Verhalten nicht mehr leidet, oder wenn ein Klient sich in seinem Verhalten in Richtung auf das ursprüngliche Ziel verändert hat und sich aber dennoch nicht besser fühlt?

Folgende Möglichkeiten der Beantwortung ergeben sich:

- a) bei der Beurteilung von Therapieerfolg ist das Erleben des Klienten maßgebend
- b) bei der Beurteilung von Therapieerfolg ist das Verhalten des Klienten maßgebend
- c) bei der Beurteilung von Therapieerfolg ist das Verhalten *und* das Erleben des Klienten maßgebend, nur wenn sich beide in der gewünschten Richtung verändern, spreche man von Therapieerfolg
- d) Unter angebbaren Bedingungen gelte a, b oder c.

Die Frage, welchem Kriterium der Vorzug zu geben ist, ist allein auf der Basis empirisch wissenschaftlicher Forschung nicht entscheidbar. Es ist aber Aufgabe wissenschaftlicher Analyse, die Konsequenzen möglicher Entscheidungen aufzuzeigen und damit den Entscheidungsprozeß rationaler werden zu lassen, d. h. genauer, die Entscheidung über die Krite-

rien nach Kenntnis der Konsequenz besser fällen zu können, indem man über die Wünschbarkeit der Konsequenzen urteilt. Stützen wir uns bei unserem Urteil über Therapieerfolg auf das Verhalten des Klienten, so müssen wir ggf. in Kauf nehmen, daß der Patient zwar das ‚erwünschte‘ Verhalten zeigt, sich aber selbst dabei nicht wohl fühlt. Stützen wir uns auf das subjektive Empfinden des Klienten, so müßten wir vice versa ein ‚unerwünschtes‘ Verhalten tolerieren. Woher aber können wir die Kriterien für das beziehen, was wir als erwünschtes oder unerwünschtes Verhalten bezeichnen? Wir können uns bei dieser Beurteilung auf das Urteil des Klienten selbst und auf das Urteil außenstehender Personen (Therapeut, Bekannte, unabhängige Beobachter etc.) stützen. Die Möglichkeit, den Klienten selbst nach dem Verhalten zu befragen, das er für anstrebenswert hält, erscheint jedoch unter der hier thematisierten theoretischen Fragestellung problematisch. Muß nicht angenommen werden, daß der Klient das Verhalten favorisiert, das ihm unter seinen jeweils gegebenen Systembedingungen als das erscheint, das ihm im höchsten Maße Befriedigung zu verschaffen verspricht, mit dem er meint, am besten in seiner Umwelt zurecht zu kommen? Wird der Klient am Ende einer Therapie nicht dann sein Verhalten günstiger einstufen, wenn er erlebnismäßig damit zufrieden ist? Das Verhaltenskriterium so legitimieren zu wollen, scheint mithin nicht möglich. Der Klient redet zwar über sein Verhalten – die Legitimationsbasis seiner Beurteilung stellt jedoch sein subjektives Empfinden dar. Wenn man auf das Verhaltenskriterium rekurrieren will, muß man also über einen äußeren Maßstab verfügen. Das, was man als erwünschtes Verhalten bezeichnen kann, variiert aber sowohl historisch als interkulturell (vgl. Bronfenbrenner 1970,

Miller 1970, Siegelman et al. 1970). Die Wertmaßstäbe sind fließend und ließen sich bestenfalls für eine bestimmte Kultur zu einem bestimmten Zeitraum fassen. Aber auch bei diesem Versuch wären bestenfalls Rahmenfestlegungen möglich. Gerade in unserer Zeit sind eine Vielzahl von Verhaltensmöglichkeiten als sozial tolerierbar anzusehen. Ein allgemein feststehender Rahmen ist schwer auszumachen – allenfalls könnte das kodifizierte geltende Recht als ein solcher Bezugsrahmen angesehen werden. Wenn wir aber Verhaltensweisen nur so zur Grundlage eines Therapieerfolgskriteriums machen können, scheinen diese zur Beurteilung therapeutischer Aktivitäten im Regelfalle ungeeignet. Persönliche Schwierigkeiten der Klienten, Entscheidungskonflikte bewegen sich fast immer innerhalb dieses Rahmens. Verhaltensweisen als Therapieerfolgskriterien werden erst dann sinnvoll zur Beurteilung heranzuziehen sein, wenn der Klient durch sein Verhalten anderen schadet (ausgewiesen durch kodifiziertes Recht oder die Auffassung von ethischer Verantwortlichkeit seitens des Therapeuten, die dieser als Grundlage für seine Übereinstimmung mit dem Therapieziel benötigt (vgl. Hill 1969). Bewegen sich die denkbaren Therapieziele jedoch innerhalb dieses Rahmens, so ergibt sich als einzig mögliches Therapieerfolgskriterium das Erleben des Klienten, sein subjektives Sich-Wohl-Fühlen (Veränderungsrichtung: subjektives Sich-Wohlerfühlen). Diese subjektive Befindlichkeit kann sich nun bei unterschiedlichen Verhaltensweisen realisieren. Es wird damit zur Aufgabe von Therapeut und Klient, gemeinsam Verhaltensweisen zu entwickeln, die mit diesem Gefühl beim Klienten maximal kovariieren, d. h. die verhaltenmäßige Zielsetzung einer Therapie ist mindestens zu Beginn der Therapie offen. Selbstexploratives Verhalten etwa kann

den Klienten in die Lage versetzen, ihm angemessene Verhaltensweisen zu entwickeln; der Therapeut muß versuchen, dem Klienten die dazu erforderlichen günstigen Bedingungen bereitzustellen.

Wenn das subjektive Sich-Wohl-Fühlen zum Kriterium therapeutischen Handelns wird, stellt sich weiter die Frage, ob der je aktuelle Zustand oder zukünftige Zustände als Maßstab gelten sollen. Können wir eine zukünftige günstige Befindlichkeit des Klienten so gut voraussagen, daß wir eine weniger erwünschte aktuelle Befindlichkeit dafür in Kauf nehmen, und wie ist beides gegeneinander abzuwägen? Die Frage kann hier nicht beantwortet werden. Sie ist einerseits abhängig von den – empirisch zu sichernden – Voraussagemöglichkeiten und andererseits im individuellen Fall mit dem Klienten durcharbeiten. Je nach Beantwortung der Frage ergeben sich aber unterschiedliche Möglichkeiten der Meßbarkeit des persönlichen Befindens.

Beschränkt man sich mit seiner Definition von Therapieerfolg auf die *aktuelle* Befindlichkeit, so ist allein die direkte Aussage des Klienten dazu sinnvolles Kriterium. Die Befindlichkeit des Klienten über Verhaltensbeobachtung oder Tests (standardisierte Verhaltensbeobachtung) schätzen zu wollen, erscheint sinnlos. Der Anspruch dieses Unterfangens bestünde ja doch wohl darin, die Befindlichkeit des Klienten „besser“ schätzen zu können, als es durch die direkte Aussage des Klienten möglich ist. Genau dies ist jedoch logisch unmöglich, da ja zur Validierung dieser Verhaltensbeobachtung oder der Tests die Aussagen der Klienten herangezogen werden müßten, d. h. daß diese als Außenkriterium fungieren. Keine Schätzung kann jedoch besser sein als das Kriterium, an dem diese Schätzung validiert wird.

Wenn man nun einwendet, die introspektiven Aussagen des Klienten wären doch

auch fehlerbehaftet, man denke nur etwa an simulierende und dissimulierende Klienten, so steht dagegen, daß sich diese Fehlerbelastetheit auch auf die Testverfahren übertragen würde, da diese Testverfahren ja eben auf diese fehlerbelasteten Aussagen hin ‚optimiert‘ würden.

Diese Ablehnung der Verwendung von Testverfahren als Therapieerfolgskriterium gilt nicht generell, sondern allein unter der Voraussetzung, daß die *aktuelle* Befindlichkeit des Klienten am Ende der Therapie als Erfolgskriterium herangezogen werden soll. Setzt man *zukünftige* Befindlichkeiten als Kriterium an, so stellt sich die empirisch zu entscheidende Frage, welche Indikatoren diese zukünftige Befindlichkeit des Klienten am besten schätzen: die Aussage des Klienten über seine aktuelle Befindlichkeit, die Mutmaßung des Klienten über seine zukünftige Befindlichkeit, Verhaltensbeobachtung des Klienten durch neutrale Beobachter, Verhaltensbeobachtung durch den Therapeuten oder standardisierte Verhaltensbeobachtung mittels psychologischer Tests. Die Verwendung von Tests zur Bestimmung von Therapieerfolg ist üblich (vgl. die Ausbildungsrichtlinien der Gesellschaft für wiss. Gesprächspsychotherapie (GwG) zum Erwerb des Zertifikats ‚Gesprächspsychotherapeut in der GwG‘). Eine Reflexion dessen, was diese Tests messen sollen und ob sie das angemessen schätzen, scheint erforderlich.

Es stellt sich die Frage, in welcher Form der Klient nach seiner Befindlichkeit befragt werden kann. Eine standardisierte Form der Befragung scheint zum Zwecke der Vergleichbarkeit der Klientenaussagen außerordentlich sinnvoll. ‚Hinter‘ dieser befragten Befindlichkeit gibt es jedoch dann kein Validierungskriterium mehr, d. h. eine *logische Validierung* des Befragungsschlüssels ist hinreichend, wenn auf den aktuellen Erlebnisbereich des Klienten

Bezug genommen werden soll. Wenn wir hier von Testverfahren gesprochen haben, so meinen wir damit Tests, die die subjektive Befindlichkeit des Klienten i. S. von Sich-Wohl-Fühlen messen sollen. Tests als Indikatoren für normdurchschnittliches bzw. normabweichendes Verhalten (vgl. I. Frohburg) sind wohl sinnvoll zur Beschreibung dessen, was sich de facto in der Therapie abspielt, können jedoch in diesem Zusammenhang nicht als Indikatoren für individuellen Therapieerfolg angesehen werden. Wahrscheinlich hat mancher, der therapiebegleitend psychodiagnostisch arbeitet schon erfahren, daß ein ‚testmäßig normaler‘ Klient hohen Leidensdruck haben kann und umgekehrt. In diesem Konflikt erscheint die individuelle Befindlichkeit des Klienten einzig rationaler Maßstab.

Diese Auffassung von Therapieerfolg läßt die Untersuchungen, die sich detailliert damit auseinandersetzen, welche Veränderungen im Verlauf des therapeutischen Prozesses beim Klienten ablaufen, in neuem Licht erscheinen. Die dort ausgewiesenen Befunde werden als verhaltens- und/oder erlebnismäßig beschreibbare Konkretisierungen der hier als Kriterium herausgestellten subjektiven Befindlichkeit aufgefaßt. Derartige Konkretisierungen sind aber wahrscheinlich historisch und/oder kulturell variabel und unterscheiden sich damit von dem wohl als überdauernd anzusehenden subjektiven Kriterium. Subjektives Wohlbefinden manifestiert sich interindividuell unterschiedlich, es ist jedoch außerordentlich hilfreich, die damit im statistischen Mittel kovariierenden Erlebnis- und Verhaltensweisen herauszuarbeiten (vgl. Rogers 1973, Tausch 1973 für die Gesprächspsychotherapie; Rachman 1971 für verhaltenstherapeutische Ansätze und Knight 1941 für die Psychoanalyse). Sie dienen einmal für den Therapeuten als Beurteilungsgrundlage dazu, ob das,

was er an individuellem Wohlbefinden bei seinem Klienten auslöst, für ihn sozial und ethisch verantwortbar ist, und können zum anderen im Individualfall Hinweise auf funktionierendes therapeutisches Geschehen darstellen. Sie tragen weiter insofern zur Klärung der Indikationsfrage bei, als durch sie je nach Konkretisierung der Störung des individuellen Befindens (Symptome, Symptomatik) unterschiedliche therapeutische Techniken angezeigt scheinen.

Der Effekt der hier vorgelegten Überlegungen sollte es sein, eine Scheinwissenschaftlichkeit abzubauen, die in der *unreflektierten* Verwendung psychodiagnostischer Meßverfahren in der Therapiefor- schung gesehen werden kann, und die Bestimmung therapeutischer Zielsetzungen rationaler zu fassen.

LITERATUR

- Bergold, J. B., Fröschen, G., Keupp, H., Klinckers, J., Kopkow, A., Mühlen, G., Permien, H., Rüggeberg, A., Stevens, U., Zimmer, D., Emanzipation und Verhaltensmodifikation: Widersprüche und Möglichkeiten, in: Brengelmann, J. C. & Tunner, W. (Hrsg.), Behaviour therapy - Verhaltenstherapie. München, Berlin, Wien 1973, S. 367-385.
- Bronfenbrenner, U., Some reflections on „antecedents of optimal psychological adjustment“, in: J. of Cons. & Clin. Psychology 35 (1970) S. 296-297.
- Frohburg, I., Die Verwendbarkeit psychodiagnostischer Methoden zur Veränderungsmessung in der Psychotherapie, in: J. Helm (Hrsg.), Psychotherapieforschung. Berlin (DDR) 1973.
- Hill, J. A., Therapist goals, patient aims and patient satisfaction in psychotherapy, in: Journal of Clin. Psychology 25 (1969) S. 455-459.
- Informationsblätter der GwG 12 (1973).
- Knight, R. P., Evaluation of the results of psychoanalytic therapy, in: Americ. Journal Psychiat. 98 (1941) S. 434-444.
- Miller, D. R., Optimal psychological adjustment: A relativistic interpretation, in: J. of Consult. & Clin. Psychology 35 (1970) S. 290-295.
- Rachman, S., Effects of psychotherapy. Oxford 1971.
- Rogers, C. R., Die klientbezogene Gesprächstherapie. München 1973.
- Sader, M. u. Schäuble, W., Zur Zielexplication bei gruppodynamischen Veranstaltungen, in: Gruppendynamik 4, 3 (1972) S. 423-428.
- Siegelman, E., Block, J., Block, J. u. Lippe, A. van der, Antecedents of optimal psychological adjustment, in: J. of Cons. & Clin. Psychology 35 (1970) S. 283-289.
- Dipl.-Psych. Hans-Joachim Fietkau
Institut für Psychologie der
Technischen Universität Berlin
Lassenstraße 11/13/15
D-1000 Berlin 33