

# ¿QUE ES TERAPEUTICO EN LA PSICOTERAPIA? APROXIMACION SISTEMATICA A LA INVESTIGACION DEL PROCESO PSICOTERAPEUTICO

Reiner Bastine, Peter Fiedler y Detlev Kommer  
Instituto de Psicología de la Universidad de Heidelberg

*An overview of the historical development of process research in psychotherapy leads to the distinction of two prototypical research programs: In type A-studies, therapeutic processes are considered as a fixed succession of treatment conditions. Under the causal perspective of a transactional model, type-B-approaches conceive psychotherapy as arrangements of segments, periods of phases. Moreover, contextual influences are considered as necessary components of the psychotherapy process. Conceptual and methodological implications of both approaches are discussed.*

## **Investigación de proceso: una perspectiva histórica**

Desde principios de los años 80 la investigación del proceso psicoterapéutico vuelve a constituir un centro de interés, de forma que podríamos hablar de una “nueva perspectiva del proceso” en psicoterapia (Greenberg & Pinsof, 1986a, b). Basándose en esta orientación se han producido nuevas conceptualizaciones de la psicoterapia (Bastine, 1988; Baumann, 1984; Beutler, 1983; Goldfried, 1982; Greenberg & Safran, 1987; Mahoney, 1980; Mahrer, 1985; Orlinsky & Howard, 1986; Prochaska, 1984), se han discutido con mayor amplitud cuestiones referentes al diagnóstico (p.e. Bommert & Hockel, 1981; Greenberg & Pinshof, 1986b; Zielke, 1982), y los trabajos sobre métodos de investigación se han ocupado con mayor detalle de los temas referidos al proceso (p.e. Kendall & Butcher, 1982; Rice & Greenberg, 1984; Williams & Spitzer, 1984). En los congresos (Barlow & Wolfe, 1981) y publicaciones recientes sobre investigación en psicoterapia los estudios sobre el proceso terapéutico vuelven a adquirir gran relevancia (p.e. Hadley, 1984; Kazdin, 1986; VandenBos, 1986).

De esta forma se cierra un círculo histórico que conecta con los inicios de la investigación en psicoterapia. A principios de los años 50 aún prevalecía en ella un interés teórico-conceptual por el curso del proceso terapéutico, a semejanza de lo que sucedía en la casuística clínica de orientación psicoanalítica pero con exigencias metodológicas diferentes. Los estudios sobre la eficacia, tales como las investigaciones pioneras del Instituto Psicoanalítico de Berlín sobre el éxito de los tratamientos psicoanalíticos (v. Fenichel, 1930), eran relativamente escasos y poco elaborados metodológicamente.

La crítica de Eysenck (1952) a los estudios de resultados llevados a cabo hasta entonces produjo una necesidad urgente de legitimación de la psicoterapia, así como renovados esfuerzos

para comprobar los resultados de los tratamientos psicoterapéuticos. Las investigaciones procedentes de la terapia centrada en el cliente, en las que se analizaban aspectos del proceso terapéutico considerados estrechamente relacionados con su resultado, representaban una excepción a esta tendencia general (v. p.e. Rogers & Dymond, 1954; Tausch, 1974).

Esta fase, en la que las investigaciones se interesaban primordialmente por la comprobación global de la eficacia de la terapia, puede considerarse superada gracias a una acumulación suficiente de evidencias del éxito de la misma (v. p.e. Bergin & Lambert, 1978; Grawe, 1987; Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Smith, Glass & Miller, 1980; Wittman & Matt, 1986). Queda por aclarar la cuestión de la eficacia diferencial de las distintas orientaciones psicoterapéuticas, cuestión surgida ante la concurrencia de diferentes escuelas y denominada "investigación psicoterapéutica diferencial" (p.e. Bastine, 1982; Grawe, 1982b).

La investigación psicoterapéutica comparada, que trataba de contrastar las diferencias en cuanto a eficacia entre diferentes teorías y métodos de tratamiento, ha tenido de momento una sorprendente falta de éxito: los procedimientos de tratamiento no se diferencian entre sí en cuanto a resultados tanto como se creía (p.e. Grawe, 1987; Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Shapiro & Shapiro, 1982; Smith, Glass & Miller, 1980; Stiles, Shapiro & Elliot, 1986). La falta de éxito de tales investigaciones contribuye también a que se vuelva a prestar atención al proceso psicoterapéutico.

### **De nuevo la vieja cuestión del proceso**

La pregunta "¿Qué es lo auténticamente terapéutico de la psicoterapia?" (Orlinsky & Howard, 1986, p.311) se puede descomponer en dos cuestiones parciales de diferente trascendencia científica. Una descriptiva: "¿Qué cambios tienen lugar en la terapia?"; otra que apunta a la clarificación y justificación de tales cambios: "¿Cómo se producen estos cambios?", o bien "¿Cuál es el origen de los mismos?" (p.e. Burton, 1976; Wallerstein, 1986).

Sólo mediante una respuesta a esta segunda pregunta será posible deducir la relación entre el proceso terapéutico y los cambios que los clientes experimentan y, en consecuencia, lograr una planificación y un pronóstico terapéuticos con la suficiente base científica. Kiesler (1985) equipara lo anterior al "missing link" (eslabón perdido) decisivo para la investigación en psicoterapia. El resurgimiento de estas viejas cuestiones puede atribuirse a una mayor preparación para "centrarse en una investigación teóricamente relevante y clínicamente significativa que se ocupe directamente del proceso del cambio en la psicoterapia" (Vanden-Bos, 1986, p.111). Esta situación de madurez se ha conseguido gracias a nuevos puntos de vista, nuevos métodos y nuevos medios de investigación. Las características de dicha situación son:

- Una mayor dependencia mutua entre la investigación de proceso y la de resultados al objeto de conseguir una visión contextualizada del cambio terapéutico y comprenderlo desde dicho contexto;
- Una conceptualización del proceso terapéutico como subdividido y no necesariamente homogéneo en sí mismo, permitiendo incluso que tenga sentido la investigación de fragmentos aislados o episodios de terapia (Greenberg & Pincus, 1986a: "Smaller is better" ["Mejor cuanto más pequeño"]);
- Nuevos procedimientos de psicodiagnóstico que permiten la consideración diferencial de factores verbales, paraverbales, vocales, mímicos, etc.;
- El perfeccionamiento de los recursos técnicos (audio y video) para el registro de las sesiones de terapia así como para la evaluación de la misma mediante el procesamiento

electrónico de los datos.

No debe olvidarse, sin embargo, que la praxis terapéutica (auténtica destinataria de la investigación) inspira constantemente cambios en los objetivos de tal investigación. Así, Grawe (1982b, p.330) hace notar que “la mayor parte de las investigaciones resultan de una notable irrelevancia para la práctica clínica y, por consiguiente, apenas repercuten en ella”. Este descontento, bastante difundido, hacia la falta de utilidad práctica de la investigación convencional en psicoterapia ha sido confirmado tanto por encuestas de amplio alcance (Morrow-Bradley & Elliot, 1986) como a través de entrevistas en profundidad (Cohen, Sargent & Sechrest, 1986).

No faltan, ciertamente, propuestas para mejorar tanto la relevancia práctica de la investigación como la supervisión científica de la praxis (Elliot, 1983a; Howe, 1982).

### **Aproximación a una definición del proceso psicoterapéutico**

El concepto de “proceso” implica una evolución o desarrollo que se extiende en el tiempo y que se supone tiene lugar en una dirección determinada o conduce a una situación deseada.

En relación al proceso psicoterapéutico se postulan definiciones amplias y restringidas, justificadas en ambos casos. Las definiciones restringidas se refieren, por ejemplo, al cambio producido en el cliente, en el terapeuta, o en la díada que ambos componen en la situación terapéutica (Kiesler, 1973; Orlinsky & Howard, 1986). Las definiciones más amplias incluyen, sobre todo, las características del contexto vital del cliente y, en parte, las condiciones básicas en que tienen lugar las diferentes formas de terapia (Bastine, 1987; Baumann, 1984; Greenberg & Pinsof, 1986a).

A pesar de que la definición restringida del proceso psicoterapéutico es más operativa y aporta mayor visión de conjunto de las condiciones a investigar, la segunda perspectiva, defendida aquí, ofrece posibilidades más amplias. Dado que la finalidad de toda psicoterapia radica en el proceso de cambio de los clientes en su vida cotidiana, hay que incorporar también este contexto al análisis. De esta manera el proceso psicoterapéutico se puede relacionar más fácilmente con los resultados del tratamiento como, por ejemplo, en la investigación del proceso de cambio en la relación terapéutica. Además, de esta forma resultan más comprensibles las condiciones básicas específicas de determinados contextos terapéuticos como, por ejemplo, los tratamientos en ambulatorios hospitalarios. Una contextualización más diferenciada del proceso terapéutico da más relevancia a los datos de la práctica clínica que la que se les daría desde una definición restrictiva de tal proceso, haciendo posible una mayor relevancia práctica de la investigación; hecho cuya exigencia viene justificada por la actualidad de la investigación de proceso.

En referencia a una definición del proceso, actualmente no se puede dar mucho más que una descripción temática que esboce su ámbito de acción:

(a) El proceso de cambio del cliente en el contexto de sus condiciones generales de vida y de su historia vital ha de ser el punto de partida de una definición psicoterapéutica de tal proceso (“Psicología clínica del ciclo vital [Lifespan]”, Bastine, 1984). El concepto de “proceso” de cambio comprende la experiencia y la conducta del cliente en relación con sus condiciones ecopsicológicas (sobre todo interpersonales y sociales) y biopsicológicas.

(b) Un segundo ámbito de acción de los fenómenos se refiere al fomento y estabilización de este proceso evolutivo mediante el tratamiento terapéutico; o sea, a las condiciones personales y metodológicas de la acción terapéutica.

(c) Como tercer elemento de la definición de proceso hay que tener en cuenta la organización institucional y formal de la terapia. Entre otras condiciones básicas se incluyen las legales, éticas, científicas, administrativas, y sociales.

Estos tres ámbitos interaccionan en la práctica terapéutica; por ello hay que concebir la "relación terapéutica" como algo muy complejo y determinado simultáneamente desde los tres.

### **Prototipos de la investigación de proceso**

Existen dos modalidades de investigación del proceso terapéutico (Bastine, 1987, 1988).

En la primera perspectiva metodológica ("investigación tipo A") la acción terapéutica se considera una unidad en sí misma, caracterizada por indicios válidos como indicadores representativos y duraderos del proceso de tratamiento. Las investigaciones sobre factores que permanecen invariables o relativamente constantes durante el tratamiento (edad, sexo, características de personalidad de los sujetos, etc.) son ejemplos de ello. Por otra parte, también lo son las investigaciones sobre variables que durante la terapia se pueden considerar cualitativamente constantes y que sólo cambian en cuanto a sus rasgos cuantitativos (por ejemplo, la empatía del terapeuta y la experiencia personal del cliente; la realidad de la relación terapéutica y sus técnicas como, por ejemplo, los métodos estandarizados de la terapia conductual).

Se pueden considerar especialmente estables aquellos factores que definen de forma prescriptiva las reglas de la actuación terapéutica, a los que se puede denominar "normas terapéuticas" (por ejemplo, la regla psicoanalítica de la no-intervención, o la actitud fundamental de la terapia centrada en el cliente) (Bastine, 1987). Dentro de la investigación de proceso tipo A, las condiciones que determinan unidireccionalmente la acción terapéutica, por sí solas o en interacción con otras condiciones antecedentes, se conciben como variables independientes. El análisis de la conexión entre los rasgos psicoterapéuticos característicos del proceso y los resultados del tratamiento, discutido por Orlinsky & Howard (1986) y fundamentado en más de 1.100 resultados independientes, se basa en esta comprensión causal de las investigaciones tipo A (para una crítica, véase Shapiro, 1987).

La segunda perspectiva metodológica (investigación de proceso "tipo B") ha sido desarrollada en los últimos años. En esta forma de investigación, la evolución del tratamiento no se concibe como un curso unitario en sí mismo, sino secuencial. Está basada en una comprensión causal transaccional (Lazarus & Launier, 1981): los cambios terapéuticos tienen lugar influidos por condiciones que correlacionan entre sí; una fase determinada, alcanzada en un momento dado, proporciona nuevas hipótesis para las siguientes fases del cambio. En este nuevo contexto las secuencias del proceso terapéutico adquieren otro significado.

Las secciones que siguen se ocuparán con más detalle de ejemplos de investigaciones de proceso tipo A y tipo B, exponiendo su utilidad y discutiendo algunos problemas conceptuales y metodológicos que están aún por resolver, empezando por la investigación diferencial en psicoterapia como ejemplo clásico de investigación tipo A.

### **Psicoterapia diferencial e investigación sobre la indicación de tratamientos**

En lo tocante a la posible indicación de un tipo de tratamiento determinado, nos encontramos con la psicoterapia diferencial como forma de intentar dar respuesta a la pregunta formulada por Kiesler (1966) y Paul (1967): "¿Qué tratamiento, independientemente del terapeuta que lo lleve a la práctica, es el más efectivo para esta persona con este problema específico y bajo qué condiciones básicas?" (Paul, 1967, p.111). Es evidente que lo que se

pretende es valorar a varios niveles los distintos tratamientos psicoterapéuticos. Por eso la investigación diferencial en psicoterapia implica siempre una investigación de proceso. El interés de la investigación no se centra en un caso particular sino en el tipo medio de tratamiento, controlando experimentalmente de la forma más amplia posible las condiciones iniciales de los pacientes/clientes, terapeutas y formas de tratamiento puestas en práctica. Por lo tanto, la lógica de la investigación diferencial en psicoterapia exige investigar una matriz multidimensional en la cual los factores tratamiento, terapeuta, cliente, demanda, y marco terapéutico se combinan unos con otros (Bastine, 1970; Kirchner, Kissel, Petermann & Böttger, 1977; Köhnken, Seidenstücker & Baumann, 1979; Stiles, Shapiro & Elliot, 1986).

La aplicación práctica del programa de investigación diferencial en psicoterapia se ha limitado hasta ahora, en gran parte, a comparaciones globales entre las formas de proceder de diferentes orientaciones psicoterapéuticas, sin aportar ninguna posible solución al problema de la indicación de tratamientos. No se han obtenido conclusiones claras en las que apoyar la práctica clínica ni a partir de estudios comparativos de terapia bien controlados ni sobre la base del metaanálisis (v. entre otros, Grawe, 1987; Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Parloff, 1984; Shapiro, 1985; Shapiro & Shapiro, 1982; Smith, Glass & Miller, 1980). Esta incapacidad para diferenciar los resultados de la terapia es tanto más insatisfactoria cuanto que los análisis del comportamiento real de terapeutas de distintas orientaciones coinciden en confirmar que sus formas de proceder difieren significativamente (v. p.e. Luborsky, Woody, McClellan & O'Brien, 1982; Elliot, Hill, Stiles, Friedlander, Mahrer & Margison, 1987; Kopta, Newman, McGovern & Sandrock, 1986).

La causa de este estancamiento en la investigación de proceso es, ante todo, la existencia de problemas conceptuales sin resolver y, además, de exigencias difíciles de solventar en la práctica. Entre estas hay que citar aquí, ante todo, la asignación del cliente a condiciones iniciales terapéuticamente relevantes, así como la comprobación teórico-metodológica de los métodos terapéuticos.

Para componer una muestra homogénea de clientes se recurre, en general, a diagnósticos psiquiátricos además de a rasgos demográficos característicos. Psicoterapeutas con orientaciones diferentes están de acuerdo en que el DSM-III, a pesar del avance que representa para la taxonomía psiquiátrica, es de poco valor informativo en lo que atañe a la indicación y el pronóstico de la terapia (v. p.e. Nelson, 1987; Schulte & Wittchen, 1988; Rudolf, Grande & Porsch, 1988). Hasta el momento no existen taxonomías alternativas con mayor relevancia terapéutica y evidencia empírica.

Con objeto de tener en cuenta las exigencias experimentales de control, los tratamientos sujetos a investigación diferencial se llevan a la práctica de forma estandarizada, estando los terapeutas obligados a no desviarse de los manuales del tratamiento en cuestión (v. p.e. Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Strupp & Binder, 1984). Posiblemente, dado el estado actual de los conocimientos sobre la eficacia de la psicoterapia, este tipo de normalización impide su progreso en lugar de fomentarlo. Sería deseable, por tanto, que antes de elaborar un manual para la aplicación de un programa terapéutico se especificaran teóricamente y se comprobaran empíricamente sus componentes operativos. Sólo entonces sería posible pormenorizar de forma más concreta las condiciones suficientes y necesarias para la eficacia del programa, requisito necesario para poder comparar de forma teóricamente fructífera los principios básicos de diferentes tratamientos alternativos (v. Hollon, DeRubeis & Evans, 1987).

Otro inconveniente de la estandarización de los procedimientos terapéuticos es que se

obvia el hecho del inevitable encuadre de las técnicas terapéuticas en un contexto interactivo a pesar de que la experiencia clínica demuestra que el aspecto interpersonal de la interacción entre terapeuta y cliente mediatiza la puesta en práctica de una técnica y, viceversa, que la singularidad de la técnica en cuestión limita el margen de acción interactivo. Por consiguiente, el valor informativo de estos estudios para una práctica clínica realizada en su mayor parte de forma no estandarizada, es limitado. De esta manera, cuestiones relevantes para la práctica, como la necesidad de una evaluación previa al tratamiento indicativa de éste desaparecen por completo (esta necesidad ha sido planteada sobre todo por autores alemanes como, p.e. Bastine, 1981; Grawe, 1982a). Sin embargo, es posible llevar a cabo estudios del curso evolutivo de la terapia, que no se vean afectados por el método experimental como en las investigaciones del tipo B.

### **La investigación del proceso terapéutico de cambio**

Si se parte de la idea de que la terapia no consiste en un proceso de cambio continuo, es natural que se investiguen los cambios postulados en el cliente, así como las condiciones y factores en el curso de la terapia que se relacionan con ellos. Esto es precisamente lo que se propone la investigación de episodios terapéuticos; determinar de la forma más exacta posible los instantes o segmentos relevantes desde el punto de vista de los cambios.

Las bases conceptuales y metodológicas esenciales para este tipo de investigación son, ante todo, la justificación e identificación de unidades de observación adecuadas en las que se supongan y se puedan observar procesos de cambio ("problema de la representatividad"). La elección de estas unidades constituye un posible criterio para una sistematización provisional pionera de la investigación del proceso del cambio.

### **Situaciones significativas de cambio terapéutico**

Dentro del curso total de una psicoterapia se han venido investigando sesiones aisladas, dado su carácter de unidades de observación cuasi-naturales. Resultan especialmente interesantes aquellas sesiones calificables respecto a la meta terapéutica como "importantes", "útiles" o "afortunadas" en oposición a las "poco importantes", "inútiles" o "desafortunadas". Esta categorización la llevan a cabo, a posteriori, los terapeutas o pacientes implicados mediante escalas sencillas de valoración (p.e. la valoración "Sesión buena" vs. "Sesión mala" de 890 sesiones llevada a cabo por 60 pacientes y la de 470 sesiones por parte de 17 terapeutas del Therapy Session Project de Orinsky y Howard, 1975). También pueden ser evaluadas por ayudantes entrenados o terapeutas con experiencia (Hoyt, 1980). En muchos proyectos se complementan y afinan estos juicios globales mediante la introducción de más escalas.

La cuestión de la calidad de la relación terapéutica en las sesiones "buenas" vs. "malas" ocupa un lugar destacado en estos estudios. En general, los resultados coinciden en algunos puntos: en las sesiones "buenas", los terapeutas presentan en la mayoría de los casos un grado elevado de empatía con sus clientes que, a su vez, tienden de forma acentuada a la automanifestación. En las sesiones "malas", típicamente, se observa una ausencia de intervención o un exceso de directividad por parte de los terapeutas y, en correspondencia, una actitud de indefensión o de rechazo por parte de los clientes. (v. p.e. Auerbach & Luborsky, 1968; Bechtinger-Czogalik, 1988; Hoyt, 1980; Neirinck, Lietaer & Romabauts, 1981; Strupp, Chassan & Ewing, 1966).

La mayoría de estudios de este tipo presenta defectos conceptuales o metodológicos. En

general, carecen de criterios unívocos para la división global de la terapia en sesiones “buenas” y “malas”. La cuestión más importante (la verdadera génesis del éxito/fracaso de las sesiones aisladas) queda sin respuesta. La utilización de estos resultados para hacer resaltar indicios supuestamente constitutivos de una relación terapéutica eficaz produce, en último término, un “mito de la uniformidad” (Kiesler, 1966) que no resiste una crítica detallada. Así pues, tanto en lo que respecta a diferentes formas de tratamiento como a diferentes grupos de pacientes, quedan aún por establecer distinciones más precisas (v. Fiedler, Rogge & Mangold, 1988).

### **Episodios de cambio significativos**

La crítica a una estrategia de investigación “homogeneizadora” se justifica también en referencia al carácter secuencial, dependiente del contexto, del proceso del cambio terapéutico (v. Fiedler, 1987).

Forgas (1979) y, más tarde, Greenberg (1986) propusieron, remitiéndose a precursores psicosociales, la utilización de conceptos episódicos para la investigación de microprocesos de cambio terapéutico. Greenberg plantea en primer lugar la investigación de los efectos de las técnicas terapéuticas. Sin embargo, los trabajos presentados hasta la fecha en el ámbito de la investigación de episodios sugieren perspectivas de investigación más amplias (v. Fiedler & Rogge, 1989). El proceso de cambio del paciente, que se evidencia en el curso de la terapia, es el objeto de la investigación episódica; el investigador se interesa en especial por el instante, lapso de tiempo, segmento o secuencia exacta dentro de una o más sesiones de terapia en la o las cuales son de esperar cambios significativos, con objeto de someter a un análisis profundo el proceso del cambio así como sus efectos.

Greenberg (1984) propone la investigación episódica del efecto de los cambios de sucesiones interlocutivas “completas” por medio de los llamados “análisis de tarea” (task-analysis). En esta forma de análisis se acepta un episodio como completo cuando contiene: (a) un motivo de intervención definido (el llamado “indicador de problema” [problem marker]), (b) la intervención terapéutica (technique) a investigar, (c) un comportamiento resolutivo observable por parte del cliente (performance), y finalmente (d) un resultado o final claro cuyos efectos sean susceptibles de estimación (in-session-outcome). Elliot (1983a, b; 1984) se muestra contrario, sin embargo, a esta opinión.

En los estudios episódicos de estos autores entran en juego, principalmente, aspectos procesuales o adaptativos así como el desarrollo, la comprobación y la optimización de los modelos teóricos de los efectos de los cambios. Un problema esencial de esta forma de investigación reside en que no todos los procesos de cambio relevantes son susceptibles de análisis mediante clasificaciones episódicas de tres o cuatro tipos. Por lo que respecta a la eficacia total de la terapia, las secuencias largas de interacciones son más significativas que las muy cortas. Unir, a modo de ensamblaje, varios episodios o iniciativas de cambio del paciente podría resultar especialmente efectivo.

Por esa razón, Fiedler y Rodge (1989) proponen analizar las condiciones contextuales, secuencias o combinaciones de episodios en su calidad de indicadores o predictores de procesos terapéuticos de corta o larga duración. Esto implica comparaciones sistemáticas entre episodios relevantes de cambio y fases terapéuticas no significativas para la formación de criterios.

Kommer, Fritz y Wischmann (1987) proporcionan un ejemplo de investigación comparativa entre episodios “favorables” y “desfavorables” dentro de una sesión de terapia. A través de la comparación, durante toda la duración de un tratamiento, entre episodios relevantes de

cambio y fases no significativas, Fiedler, Rogge y Manglod (1988) pudieron demostrar que los marcos de referencia se diferencian antes y después del episodio de cambio significativo, variando en el curso de una terapia cognitiva. El terapeuta, si bien durante toda la terapia se muestra directivo, desarrolla una sensibilidad en aumento hacia los cambios relevantes en el cliente. Durante el curso de un episodio de cambio relevante su conducta directiva cede paso a una actuación más empática.

Otras perspectivas de la investigación de episodios hacen referencia a la representación cognitiva (sobre todo la retención, elaboración y reconstrucción de informaciones episódicas por parte de terapeutas y pacientes) y a su relevancia para el desarrollo terapéutico (v. también Kommer, 1986).

### **Fases de la psicoterapia**

Las descripciones de procesos terapéuticos largos suelen señalar que los cambios terapéuticos obedecen a una dinámica que trasciende a los acontecimientos y episodios aislados y que puede extenderse más allá de varias sesiones. Estas fases de desarrollo se formulan unas veces en función de los cambios terapéuticos del cliente y otras en función de una metodología terapéutica específica. Un ejemplo típico de fases relacionadas con el cambio es el concepto de "crisis terapéutica", según el cual durante las crisis, consideradas necesarias, el cliente debe reactivar y vivir experiencias dolorosas (v. Nichols & Sax, 1977); como por ejemplo en la "neurosis de transferencia" de la terapia psicoanalítica, considerada significativa por ésta (v. Thomä & Kächele, 1986).

En la metodología terapéutica las fases normativas se definen a menudo de una manera formal. Por un lado se señala la significación y peculiaridad de una "fase inicial" en la cual, además del diagnóstico y planificación de la terapia hay que crear los requisitos de una colaboración terapeuta/cliente apropiada. Por otro, las "fases de tratamiento" específicas de distintos trastornos difieren significativamente (p.e. la terapia expositiva para una fobia o la terapia cognitiva de la depresión). La fase de tratamiento puede constar de unidades temáticas extendidas durante varias sesiones (p.e. en los enfoques psicoeducativos para el tratamiento de los trastornos del sueño, la obesidad, la adicción al tabaco, etc.). Muchas de estas terapias-programadas incluso planifican el transcurso de cada una de las sesiones según una didáctica estructurada (v. Fiedler, 1986). Normalmente este tipo de tratamiento concluye con una "fase de generalización" para asegurar y transferir el contenido de los cambios inducidos durante su transcurso (v. p.e. Kanfer & Schefft, 1987; Zimmer, 1983).

Los procesos de cambio a largo plazo estructurados en fases son difíciles de controlar experimentalmente y de analizar mediante diseños factoriales (Taylor & Fiske, 1981). La investigación episódica más detallada, a la cual nos hemos referido antes, ofrece posibilidades metodológicas alternativas para contrastar el contenido empírico de las concepciones fásicas, cosa que hasta la fecha no se ha llevado a cabo.

Si se pusiera en práctica esta posibilidad también podrían evidenciarse cursos fásicos no normativos; por ejemplo en estudios a posteriori mediante encuestas o sobre la base de indicadores de cambio reformulados continuamente.

### **Resultados de los procesos e indicadores del cambio: el proceso terapéutico como sucesión temporal**

Las cuestiones referentes a la descripción y comprensión sistemática de los indicadores



procesuales son las más antiguas en la historia de la investigación de procesos. Lasswell (1937), uno de los pioneros de la investigación empírica de procesos, creó medidas verbales y fisiológicas que indicaban cambios en las emociones conscientes e inconscientes en el curso de sesiones de psicoanálisis. A diferencia de la investigación de episodios, el interés se dirige aquí a la observación del curso total en el sentido de una sucesión temporal de cambios supuestamente indicadores del efecto de los procesos terapéuticos. La aparición de tales cambios se concibe por tanto como el resultado (provisional) del proceso, cuyo análisis de condiciones se deja para una etapa posterior de la investigación en favor de una descripción inventarial de los indicadores del cambio.

A causa de la multiplicidad de conceptos de cambio terapéutico, no es sorprendente que hasta el momento no se haya conseguido un consenso satisfactorio acerca de qué hay que considerar como indicio relevante del cambio en el proceso. A lo sumo, existe acuerdo en cuanto a clasificar como un ámbito de indicadores de cambio relevantes los motivos de demanda terapéutica (síntomas o problemas) que han conducido a un tratamiento. La investigación de caso único en la terapia de conducta se ha ocupado de definir indicios relevantes para el proceso a través de la operacionalización de los llamados "target symptoms" (síntomas-objetivo) que permiten un control de la evolución de la eficacia de las intervenciones terapéuticas (v. Hersen & Barlow, 1976). Actualmente la conceptualización pluridimensional y, en la medida de lo posible, multidimensional de las variables-objetivo de la terapia recibe mayor atención (v. Barlow, Hayes & Nelson, 1984). De esta forma, determinadas operacionalizaciones que fueron criticadas anterioremente como demasiado orientadas a los síntomas, resultan de interés para otras perspectivas terapéuticas. Los análisis síntoma-contexto efectuados por Luborsky y cols. (1984) demuestran que el establecimiento de indicadores de cambio orientados a los síntomas puede incluso hacerse fructífero en el terreno del psicoanálisis; debido a la consideración de la relación interactiva que precede a los cambios en la sintomatología, éste se asemeja a la investigación de episodios (v. Fiedler & Rogge, 1989).

Fuera del ámbito de las variables de problemas y síntomas, en la actualidad no se aprecian iniciativas satisfactorias, ni se definen indicadores de cambio relevantes para el proceso consensuados a gran escala. Se dan intentos de definir estos indicadores al margen de la escuela a la que se pertenezca (Beutler, 1983; Mahrer, 1985; Prochaska, 1984) pero, a causa de su carácter ecléctico, se producen inconsistencias teóricas y vaguedades.

También en la interpretación de la configuración del desarrollo de las variables referidas a los síntomas se originan grandes problemas, ya que se formulan en general sobre la base de un muestreo periódico cuya representatividad está por demostrar. Así, algunas curvas de desarrollo construídas como funciones temporales y en las que aparecen cambios de nivel o dirección abruptos y discontinuos, darían más bien la imagen de cambios regulares si se hubiera efectuado un registro continuo en el tiempo (v. Möbus & Nagel, 1983). La preferencia por el muestreo periódico (comprensible desde el punto de vista de la economía de la investigación) conlleva el peligro de que pueda reproducirse, sobre la base de las observaciones del desarrollo, el mito psicoterapéutico de la homogeneidad, a no ser que se lleven a cabo estudios comparativos sobre la base de comprobaciones continuas en el tiempo (Rice & Greenberg, 1984; Suen, 1987).

En la verificación estadística de la significación de los indicadores del cambio se dan aún más problemas. En las comprobaciones repetidas de indicios se da a menudo una dependencia entre las características de índices de diferente ocurrencia temporal. Esta autocorrelación entre

datos cronológicamente sucesivos conduce a problemas de interpretación cuando el modelo evolutivo que siguen coincide con las expectativas terapéuticas del proceso. Se plantea entonces, desde una perspectiva causal-analítica, la pregunta de si el modelo evolutivo de los datos indica la eficacia de los procesos terapéuticos o si los responsables de éste son fenómenos independientes del tratamiento. Los sistemas estadísticos convencionales de contraste sólo permiten aclarar si el modelo de datos se basa en fluctuaciones aleatorias. La literatura considera significativas, al menos, otras tres hipótesis alternativas sobre la aparición de autocorrelaciones independientes del tratamiento (v. Suen, 1987).

De este modo una correlación podría atribuirse a la existencia de una tendencia natural en el sentido de un aumento o disminución, lineal y en función del tiempo, de la significación de los indicios. En caso de que aumenten y disminuyan sistemáticamente, es decir, en función del tiempo, un ciclo natural podría ser el responsable de la dependencia cronológica de la sucesión de datos. Podría presentarse también un desplazamiento en función del tiempo de la sucesión de datos en el cual las tendencias ascendentes bidireccionales son reemplazadas sistemáticamente por tendencias descendentes.

Los análisis estadísticos de series temporales permiten pues la verificación directa de la presencia de estas causas de autocorrelación independientes del tratamiento. Desde finales de los años 70, esto ha conducido cada vez más a considerarlos como un procedimiento de comprobación especialmente adecuado para la investigación psicoterapéutica (v. p.e. Glass, Willson & Gottman, 1975; Revenstorf, 1979). Como demostraremos en virtud de las implicaciones metateóricas de los análisis estadísticos de series temporales para el modelado del proceso terapéutico, esta evaluación hace necesaria la correlación.

El objetivo epistemológico de los análisis de series temporales es la determinación estadística de la eficacia de un tratamiento. Los análisis estadísticos de series temporales buscan en primer lugar la identificación de los procesos dependientes del tiempo y la clarificación de sus efectos sobre el modelo evolutivo. La revisión de las hipótesis alternativas nombradas antes tiene lugar de forma rutinaria; es decir, con independencia de si la suposición de tal proceso en un caso concreto es teóricamente significativa o no. Sobre la base de una serie de datos "depurada" de esta manera, se comprueban entonces estadísticamente unos posibles efectos de interacción. La filtración rutinaria de procesos dependientes del tiempo y su abandono a continuación a favor de efectos de intervención contiene un modelo causal metateóricamente reduccionista del proceso de tratamiento, tal como ya hemos puesto de relieve en la forma de proceder característica de la investigación de proceso tipo A. Como único agente causal final queda sólo la intervención terapéutica, a la que se atribuye a priori un efecto unidireccional sobre el comportamiento del cliente. En los análisis de series temporales de este tipo, esta comprensión causal no es falsable, dado que el efecto recíproco entre la manera de obrar y la manera de vivir las experiencias de cliente y terapeuta no se tienen lo bastante en cuenta metodológicamente. Finalmente, sigue sin utilizarse la comprobación de procesos no dependientes de la intervención, tal como la autocorrección de series de datos (v. Guidano, 1987). Estos procesos resultan de interés para un modelado teórico de cursos de tratamiento, dado que en el contexto de tales análisis de series temporales sólo pueden tener lugar inductivamente en lugar de guiados por la teoría.

Los cálculos analíticos de series temporales basados en la teoría matemática de sistemas (v. Möbus & Nagel, 1983) son prometedores en cuanto a la posibilidad de ulteriores avances. La autocorrección de series temporales ya no se considera una variable perturbadora de la

comprobación de la eficacia de los tratamientos sino un indicador importante de la estructura dinámica de un sistema cuyas peculiaridades pueden tanto tener influencia en el tratamiento como, por el contrario, actuar modificando el sistema. Molenaar (1987) ha demostrado de forma convincente en un estudio de caso único que la consideración explícita de efectos mutuos entre la manera de obrar y la manera de vivir las experiencias del cliente o del terapeuta puede conseguir una optimización de los análisis de los procesos terapéuticos, utilizable como ayuda en las decisiones de la práctica terapéutica. Si esto pudiese ser confirmado por futuras investigaciones se daría un paso importante hacia la utilización práctica y la riqueza teórica de los análisis de series temporales.

### **Indicación adaptativa y estrategias psicoterapéuticas**

Hemos destacado repetidamente que consideramos inadecuado localizar sólo al principio del tratamiento las decisiones terapéuticas. En lugar de esto, defendemos que en diferentes instantes de la evolución de un tratamiento se corrigen o reformulan las decisiones terapéuticas, cambiando así su curso. Tales decisiones se conciben como la unión de tres partes definitorias (v. Bastine, 1981): (1) el enunciado del problema origen del proceso (la demanda), (2) los objetivos procesuales (intermediarios) del tratamiento y (3) los medios de cambio adecuados. A estos modelos de tratamiento planificados, dirigidos al objetivo y adaptados al curso evolutivo, que sirven para solucionar determinadas constelaciones de problemas, los llamamos "estrategias psicoterapéuticas" (v. Bastine, 1978, 1980; Kämmerer, 1983; Kämmerer & Bastine, 1985).

En oposición a la psicoterapia diferencial y la investigación de episodios, situamos la indicación adaptativa y el concepto estratégico en un nivel "medio", dado que no abarcan todo el curso de la terapia ni tampoco sucesos de corta duración durante su evolución. Esto proporciona una mejor aproximación a concepciones fásicas que, desde un punto de vista estratégico-teórico, pueden resultar fructíferas mediante la acentuación de los motivos que guían las decisiones terapéuticas.

De ello deriva la tarea de la investigación del proceso; es decir, reconstruir los motivos y consecuencias de las decisiones adaptativas en la práctica clínica y poner de relieve las estrategias terapéuticas sobre las que descansan. Los datos necesarios podrían conseguirse del comentario posterior de los cursos terapéuticos, de manuales de terapia y de supervisiones. Estas "estrategias terapéuticas" reconstruidas se podrían comparar con proyectos estratégicos tal como aparecen formulados en la literatura (por ejemplo en los manuales de tratamiento), los cuales, por su parte se podrían someter a una comprobación empírica en el marco de la investigación de procesos.

Las estrategias psicoterapéuticas se han formulado hasta ahora en la literatura bajo las perspectivas comunicacional y sociocognitivista:

Los conceptos estratégicos de la teoría de la comunicación se ocupan principalmente de la forma de tratar los problemas psíquicos de individuos, parejas, familias o grupos, cuyo problema se confunde con el procedimiento terapéutico. Este es el caso en los desajustes interpersonales, que se reproducen en la situación terapéutica y conducen por ello a malentendidos. Ejemplo de esto son los problemas en cuya solución la persona o el sistema social afectado asume una posición de dependencia o resistencia/reactancia (v. Beire & Young, 1984; Erickson & Rossi, 1981; Haley, 1977, 1978; Watzlawick, Beavin & Jackson, 1969; Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974).

En contraste con los numerosos relatos e informes de casos, la investigación empírica sistémica de esta manera de proceder se encuentra en un estado embrionario, aunque siempre con la esperanza de un mayor desarrollo. Los pocos estudios controlados se efectúan principalmente con grupos no-clínicos de personas, contrastando únicamente técnicas aisladas y renunciando en gran parte a las comparaciones con las alternativas establecidas de tratamiento (v. Ascher, Bowers & Schotte, 1985; Brehm & Smith, 1986; Seltzer, 1986; Strong, 1984). Hasta el momento, algunos fundamentos conceptuales de la "intervención sistémica" continúan sin explicación (v. Dell, 1981, 1986).

Los conceptos sociocognitivos de las estrategias psicoterapéuticas son muy diferentes. Los artículos referidos a ellos provienen, entre otras áreas, de la psicología cognitiva (Kämmerer, 1983, 1987; Safran Wallis, Segal & Shaw, 1986), de la perspectiva centrada en el cliente (Tscheulin, 1983), de indicios de la interacción social (Strong & Claiborn, 1982), de la terapia conductual (Kanfer, 1979; Kanfer & Schefft, 1987), de posiciones orientadas a la teoría de la actuación y la demanda (Könog, 1979; Schmidtchen, 1978; Stewart, Winborn, Johnson, Burks & Engelkes, 1978) y también, sobre todo, de la preocupación por una perspectiva que abarque diferentes escuelas (Bastine, 1976, 1978, 1980; Beutler, 1979, 1983; Prochaska & DiClemente, 1984).

Los datos actuales, según la teoría de las estrategias, representan los primeros esbozos heurísticos, necesitados de una comprobación empírica sistemática y un mayor fundamento teórico. En relación con una reconstrucción empírica de las "estrategias terapéuticas", se podría ver en esto una tarea de la futura investigación de procesos, de la cual se podrían obtener importantes estímulos para allanar la orientación terapéutica según escuelas.

## **Perspectiva**

Dada la multiplicidad de perspectivas que se dan en el seno de la investigación psicoterapéutica de procesos y que hemos mostrado, recordamos una observación de Kiesler con la cual ya en 1973 trató de amortiguar el optimismo excesivo en relación a la investigación de procesos. Consideró como un obstáculo la excesiva cantidad de constructos y unidades que hay que tener en cuenta dentro de ella. Estos, por su parte, requieren operaciones de medida diferentes. La multiplicidad de a priori y perspectivas se puede considerar también hoy como un barómetro, signo de que la investigación psicoterapéutica de procesos se encuentra todavía al comienzo de su desarrollo. En la mayoría de los trabajos citados y reunidos aquí, destaca en primer plano la búsqueda de indicios de investigación adecuados y de la primera comprobación de los mismos; lo cual se corresponde en todo al estado actual del desarrollo de conceptos y de métodos. Todavía no existen teorías empíricas de procesos con un contenido capaz de trascender el caso particular.

El camino abierto parece volver a conducir "a la investigación psicoterapéutica del caso particular", tal como Grawe (1988) ha expresado hace poco. Si el objeto de la investigación de procesos es una comprensión mejor de lo que sucede en la psicoterapia, parece conveniente empezar por ocuparse a fondo de una o unas pocas terapias. El hecho de que los esfuerzos de la investigación se dirijan hoy preferentemente a la mejora de la exactitud y la adecuación de la metodología y de que hasta el momento exista poca evidencia sustancial de sus resultados, señala una diferencia cualitativa con la casuística tradicional en psicoterapia en la cual, a pesar de fundamentos metodológicos sin aclarar, se formulan muy a menudo generalizaciones precipitadas.

En relación con esto, merece señalarse que la disposición a la reorientación en la investigación psicoterapéutica sobrepasa las fronteras de las diferentes tendencias terapéuticas. Si, tal como se ha observado en todas partes durante los últimos 10 años, psicoanalistas, terapeutas comportamentales e interaccionales organizan en común congresos científicos y jornadas técnicas; si empiezan a hacerse las mismas preguntas y emplean unas estrategias de investigación parecidas para contestarlas; si publican en común sus trabajos de investigación en libros y revistas, existen motivos fundados para esperar que con la orientación procesual en la investigación psicoterapéutica se haya abierto una puerta hacia una integración de las tendencias psicoterapéuticas.

---

*Una revisión del desarrollo histórico de la investigación del proceso psicoterapéutico lleva a la distinción de dos programas de investigación prototípicos: en los estudios tipo A, el proceso terapéutico se considera como una sucesión fija de condiciones de tratamiento. Los enfoques tipo B, bajo la perspectiva causal de un modelo transaccional, conciben la psicoterapia como secuencias de segmentos, períodos o fases. Es más, las influencias contextuales se consideran componentes necesarios del proceso psicoterapéutico. En este artículo se discuten las implicaciones conceptuales y metodológicas de ambos enfoques.*

## Referencias Bibliográficas

- Ascher, L. M., Bowers, M. R. & Schotte, D. E. (1985). A review of data from controlled case studies and experiments evaluating the clinical efficacy of paradoxical intention. In G. R. Weeks (Ed.), *Promoting change through paradoxical therapy*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
- Auerbach, A. H. & Luborsky, L. (1968). Accuracy of judgements of psychotherapy and the nature of the "good hour". In J. M. Shlien et al. (Eds.), *Research in psychotherapy (Vol. 3)* (pp. 155—168). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Barlow, D. H. & Wolfe, D. (1981). Behavioral approaches to anxiety disorders. A report on the NIMH-SUNY Albany Research Conference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 448—454.
- Barlow, D. H., Hayes, S. C. & Nelson, R. O. (1984). *The scientist-practitioner. Research and accountability in clinical and educational settings*. New York: Pergamon Press.
- Bastine, R. (1970/1975). Forschungsmethoden in der Klinischen Psychologie. In W. J. Schraml (Hrsg.), *Klinische Psychologie* (Wiederabdruck in W. J. Schraml & U. Baumann (Hrsg.) (1975). *Klinische Psychologie I* (S. 664—701)). Bern: Huber.
- Bastine, R. (1976). Ansätze zur Formulierung von Interventionsstrategien in der Psychotherapie. In P. Jankowski, D. Tscheulin, H.-J. Fietkau & F. Mann (Hrsg.), *Klientenzentrierte Psychotherapie heute* (S. 193—207). Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Bastine, R. (1978). Strategien psychotherapeutischen Handelns. In F. Reimer (Hrsg.) (1978), *Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie im psychiatrischen Krankenhaus* (S. 59—66). Stuttgart: Thieme.
- Bastine, R. (1980). Ausbildung in psychotherapeutischen Methoden und Strategien. In V. Birtsch & D. Tscheulin (Hrsg.), *Ausbildung in Klinischer Psychologie und Psychotherapie* (S. 71—85). Weinheim: Beltz.
- Bastine, R. (1981). Adaptive Indikationen in der zielorientierten Psychotherapie. In U. Baumann (Hrsg.), *Indikation zur Psychotherapie: Perspektiven für Forschung und Praxis*. (S. 158—168). München: Urban & Schwarzenberg.
- Bastine, R. (1982). Psychotherapie-Effekte. In R. Bastine et al. (1982), *Grundbegriffe der Psychotherapie* (S. 318—322). Weinheim: edition psychologie.
- Bastine, R. (1984). *Klinische Psychologie. Band 1*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Bastine, R. (1987). *Psychotherapeutische Prozeßanalyse*. Heidelberg: Bericht a. d. Psych. Institut Nr. 57.
- Bastine, R. (1988). *Psychotherapeutische Prozesse: Von der Verlegenheit, psychotherapeutische Veränderungen zu erklären*. Vortrag auf dem Kongreß für Klinische Psychologie, Berlin.
- Baumann, U. (Hrsg.) (1984). *Psychotherapie: Makro-/ Mikroperspektive*. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Bechtinger-Czogalik, S. (1988). *Die gute und schlechte Stunde im Urteil von Therapeut und Patient: Mehrebenenanalytische Betrachtungen*. Vortrag, Fachkonferenz „Wirkfaktoren und Krankheitsmodell in der Psychotherapie“, März 1988. Psychotherapeutische Forschungsstelle der Universität, Stuttgart.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression: A treatment manual*. New York: Guilford.
- Beier, E. G. & Young, D. M. (1984). *The silent language of psychotherapy*. New York: Aldine.
- Bergin, A. E. & Lambert, M. J. (1978) The evaluation of therapeutic outcomes. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (pp. 139—190). New York: Wiley.
- Beutler, L. E. (1979). Toward specific psychological therapies for specific conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 882—897.
- Beutler, L. E. (1983). *Eclectic psychotherapy: A systematic approach*. New York: Pergamon Press.
- Bommert, H. & Hockel, M. (Hrsg.) (1981). *Therapieorientierte Diagnostik*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Brehm, S. S. & Smith, T. W. (1986). Social psychological approaches to psychotherapy and behavior change. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 69—115). New York: Wiley.
- Burton, A. (Ed.) (1976). *What makes behavior change possible*. New York: Brunner/Mazel.
- Cohen, L. H., Sargent, M. M. & Sechrest, L. B. (1986). Use of psychotherapy research by professional psychologists. *American Psychologist*, 41, 198—206.
- Dell, P. F. (1981). Some irrelevant thoughts on paradox (including comments and rejoinder). *Family Process*, 20, 37—51.
- Dell, P. F. (1986). *Klinische Erkenntnis. Zu den Grundlagen systemischer Therapie*. Dortmund: Verlag modernes Lernen.
- Elliott, R. (1983a) Fitting process research to the practicing psychotherapist. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 47—55.
- Elliott, R. (1983b). "That in your hands": A comprehensive process analysis of significant events in psychotherapy. *Psychiatry*, 46, 113—129.
- Elliott, R. (1984). A discovery-oriented approach to significant events in psychotherapy: Interpersonal process recall and comprehensive process analysis. In L. Rice & L. S. Greenberg (Eds.), *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process* (pp. 249—286). New York: Guilford.
- Elliott, R., Hill, C. E., Stiles, W. B., Friedlander, M. L., Mahrer, A. R. & Marginson, F. R. (1987). Primary therapist response modes: Comparison of six rating systems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 218—223.
- Erickson, M. H. & Rossi, E. L. (1981). *Hypnotherapie: Aufbau — Beispiele — Forschungen*. (Orig. 1979). München: Pfeiffer.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319—324.
- Fenichel, O. (1930). Statistischer Bericht über die therapeutische Tätigkeit 1920—1930. In S. Radó, O. Fenichel & C. Müller-Braunschweig (Hrsg.), *Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut*. Wien: Internationaler Psychoanalyse Verlag.
- Fiedler, P. (1986). Verhaltenstherapie in Gruppen: Überblick und Perspektiven. *Gruppendynamik*, 17, 341—360.
- Fiedler, P. (1987). Paradigmawechsel in der Psychotherapieforschung. *Universitas. Zeitschrift für Wissenschaft, Kunst und Literatur*, 42, 1055—1064.
- Fiedler, P., Rogge, K. E. & Mangold, A. (1988). *Veränderung durch Beziehung? Studien über Empathie und Lenkung in der Kognitiven Psychotherapie*. Vortrag, Fachkonferenz „Wirkfaktoren und Krankheitsmodelle in der Psychotherapie“, März 1988. Psychotherapeutische Forschungsstelle der Universität, Stuttgart.

- Forgas, J. P. (1979). *Social episodes. The study of interaction routines*. New York: Academic Press.
- Glass, G. V., Willson, V. L. & Gottman, J. M. (1975). *Design and analysis of time-series experiments*. Boulder, CO: Associated University Press.
- Goldfried, M. R. (1982). *Converging themes in psychotherapy: Trends in psychodynamic, humanistic, and behavioral practice*. New York: Springer.
- Grawe, K. (1982a). Indikation in der Psychotherapie. In R. Bastine, P. A. Fiedler, K. Grawe, S. Schmidtchen & G. Sommer (Hrsg.), *Grundbegriffe der Psychotherapie*. (S. 171—178).
- Grawe, K. (1982b). Psychotherapieforschung. In R. Bastine, P. A. Fiedler, K. Grawe, S. Schmidtchen & G. Sommer (Hrsg.), *Grundbegriffe der Psychotherapie* (S. 323—331). Weinheim: edition psychologie.
- Grawe, K. (1987). Die Effekte der Psychotherapie. In M. Amelang (Hrsg.), *Bericht über den 35. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Heidelberg, 1986. Band 2*. (S. 515—534). Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Grawe, K. (1988). Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 17, 1—7.
- Greenberg, L. S. (1984). Task analysis: The general approach. In L. Rice & L. S. Greenberg (Eds.), *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process* (pp. 124—148). New York: Guilford.
- Greenberg, L. S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 4—9.
- Greenberg, L. S. & Pinsof, W. M. (1986a). Process research: Current trends and future perspectives. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 3—20). New York: Guilford.
- Greenberg, L. S. & Pinsof, W. M. (Eds.) (1986b). *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford.
- Greenberg, L. S. & Safran, J. B. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition, and the process of change*. New York: Guilford.
- Guidano, V. L. (1987). *The complexity of the self*. New York: Guilford.
- Hadley, S. W. (1984). Preface: Progress and prospects in psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*, 4, 1—3.
- Haley, J. (1977). *Direktive Familientherapie*. München: Pfeiffer.
- Haley, J. (1978). *Gemeinsamer Nenner Interaktion. Strategien der Psychotherapie*. München: Pfeiffer. (Orig. 1963).
- Hersen, M. & Barlow, D. H. (1976). *Single case experimental designs: Strategies for studying behavior change*. Oxford: Pergamon Press.
- Hollon, S., DeRubeis, R. & Evans, M. (1987). Causal mediation of change in treatment for depression: Discriminating between nonspecificity and noncausality. *Psychological Bulletin*, 102, 139—149.
- Howe, J. (1982). Wissenschaft für die Praxis — Einführung in das Schwerpunktthema. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 4, 255—260.
- Hoyt, M. F. (1980). Therapist and patient actions in "good" psychotherapy sessions. *Archives of General Psychiatry*, 37, 159—161.
- Kanfer, F. H. (1979). Self-Management: Strategies and tactics. In A. P. Goldstein & F. H. Kanfer (Eds.), *Helping people change*. 1st ed. (pp. 185—224). New York: Pergamon.
- Kanfer, F. H. & Scheffl, B. K. (1987). *Guiding the process of therapeutic change*. Champaign, Ill.: Research Press.
- Kazdin, A. E. (1986). Editor's introduction to the special issue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 3.
- Kämmerer, A. (1983). *Die therapeutische Strategie „Problemlösen“*. Münster: Aschendorff.
- Kämmerer, A. (1987). Die therapeutische Strategie „Problemlösen“ in der therapeutischen Beratung. In H. Neber (Hrsg.), *Angewandte Problemlösepsychologie*. (S. 287—318). Münster: Aschendorff.
- Kämmerer, A. & Bastine, R. (1985). Psychotherapie als Strategie? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 17, 521—542.
- Kendall, P. C. & Butcher, J. N. (Eds.) (1982). *Handbook of research methods in clinical psychology*. New York: Wiley.

- Kiesler, D. J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65, 110—136.
- Kiesler, D. J. (1973). *The process of psychotherapy: Empirical foundations and systems of analysis*. Chicago: Aldine.
- Kiesler, D. J. (1985). The missing link in psychotherapy research (Review of Rice & Greenberg (Eds.) (1984) *Patterns of change*). *Contemporary Psychology*, 30, 527—529.
- Kirchner, F. T., Kissel, E., Petermann, F. & Böttger, P. (1977). Interne und externe Validität empirischer Untersuchungen in der Psychotherapieforschung. In F. Petermann (Hrsg.), *Psychotherapieforschung* (S. 51—102). Weinheim: Beltz.
- Kommer, D. (1986). *Veränderungsrelevante Episoden aus der Sicht von erfahrenen und unerfahrenen Therapeuten*. Vortrag, Internationale Fachkonferenz „Psychotherapeutische Prozeßforschung“, September 1986. Psychologisches Institut der Universität, Heidelberg.
- Kommer, D., Fritz, J. & Wischmann, T. (1987). Perceived empathy and body movements: A process analysis of "good" vs. "bad" episodes in a therapy session. In W. Huber (Hrsg.), *Progress in Psychotherapy Research* (pp. 621—639). Lovain-La-Neuve: Presses Universitaires de Louvain.
- Kopta, S. M., Newman, F. L., McGovern, M. P. & Sandrock, D. (1986). Psychotherapeutic orientations: A comparison of conceptualizations, interventions, and treatment plan costs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 369—374.
- Köhnken, G., Seidenstücker, G. & Baumann, U. (1979). Zur Systematisierung von Methodenkriterien für Psychotherapiestudien. In U. Baumann, H. Berbak & G. Seidenstücker (Hrsg.), *Klinische Psychologie: Trends in Forschung und Praxis. Band 2* (S. 72—128). Bern: Huber.
- König, F. (1979). Problemlösen und kognitive Therapie. In N. Hoffmann (Hrsg.), *Grundlagen kognitiver Therapien* (S. 155—176). Bern: Huber.
- Lasswell, H. D. (1937). Veränderungen an einer Versuchsperson während einer kurzen Folge von psychoanalytischen Interviews. *Imago*, 23, 375—380.
- Lazarus, R. S. & Launier, R. (1981). Streßbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In J. R. Nisch (Hrsg.), *Streß: Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (S. 213—259). Bern: Huber.
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "Everybody has won and all must have prizes?" *Archives of General Psychiatry*, 32, 995—1008.
- Luborsky, L., Singer, B., Hartke, J., Crits-Christoph, P. & Cohen, M. (1984). Shifts in depressive state during psychotherapy: Which concepts of depression fit the context of Mr. Q's shifts? In L. Rice & L. Greenberg (Eds.) *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process* (pp. 157—193). New York: Guilford Press.
- Luborsky, L., Woody, G. E., McLellan, A. T. & O'Brien, C. P. (1982). Can independent judges recognize different psychotherapies? An experience with manual-guided therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 49—62.
- Mahoney, M. J. (Ed.) (1980). *Psychotherapy process: Current issues and future directions*. New York: Plenum.
- Mahrer, A. R. (1985). *Psychotherapeutic change: An alternative approach to meaning and measurement*. New York: Guilford.
- Möbus, C. & Nagel, W. (1983). Messung, Analyse und Prognose von Veränderungen. In J. Bredenkamp & H. Feger (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie. Forschungsmethoden der Psychologie, Bd. 5: Hypothesenprüfung* (S. 239—470). Göttingen: Hogrefe.
- Molenaar, P. C. M. (1987). Dynamic assessment and adaptive optimization of the psychotherapeutic process. *Behavioral Assessment*, 9, 389—416.
- Morrow-Bradley, C. & Elliott, R. (1986). Utilization of psychotherapy research by practicing psychologists. *American Psychologist*, 41, 188—197.
- Neirincq, M., Lietaer, G. & Rombauts, J. (1981). Empirisch onderzoek over goede en slechte therapeutische sessies. *Gedrach*, 9, 280—306.
- Nelson, R. O. (1987). DSM-III and behavioral assessment. In C. G. Last & M. Hersen (Eds.), *Issues in diagnostic research* (pp. 303—327). New York: Plenum.
- Nichols, M. & Sax, M. (1977). *Catharsis in psychotherapy*. New York: Gardner.



- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 311—381). New York: Wiley.
- Parloff, M. P. (1984). Psychotherapy research and its incredible credibility crisis. *Clinical Psychology Review*, 4, 95—109.
- Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 109—118.
- Prochaska, J. O. (1984). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical view*. Homewood, Ill.: Dorsey.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow Jones/Irwin.
- Revenstorf, D. (1979). *Zeitreihenanalyse für klinische Daven*. Weinheim: Beltz.
- Rice, L. N. & Greenberg, L. S. (1984). The new research paradigm. In L. N. Rice & L. S. Greenberg (Eds.), *Patterns of change* (pp. 7—25). New York: Guilford Press.
- Rogers, C. R. & Dymond, R. S. (Eds.) (1954). *Psychotherapy and personality change*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rudolf, G., Grande, T. & Porsch, U. (1988). Berliner Psychotherapiestudie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 34, 32—49.
- Safran, J. D., Vallis, T. M., Segal, Z. V. & Shaw, B. F. (1986). Assessment of core cognitive processes in cognitive therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 509—526.
- Schmidtchen, S. (1978). *Handeln in der Kinderpsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schulte, D. & Wittchen, H.-U. (1988). Wert und Nutzen klassifikatorischer Diagnostik für die Psychotherapie. *Diagnostica*, 34, 85—98.
- Seltzer, L. F. (1986). *Paradoxical strategies in psychotherapy*. New York: Wiley.
- Shapiro, D. A. (1985). Recent applications of meta-analysis in clinical research. *Clinical Psychology Review*, 5, 13—34.
- Shapiro, D. A. (1987). The high water mark of the drug metaphor? In H. Kächele (Ed.), *Society for Psychotherapy Research: Abstracts of the 18th Annual Meeting, Ulm 1987* (pp. 136—137). Ulm: PSZ-Verlag.
- Shapiro, D. A. & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581—604.
- Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Stewart, N. R., Winborn, B. B., Johnson, R. G., Burks, H. M., Jr. & Engelkes, J. R. (1978). *Systematic Counseling*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A. & Elliott, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*, 41, 165—180.
- Strong, S. R. (1984). Experimental studies in explicitly paradoxical interventions: Results and implications. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 15, 189—194.
- Strong, S. R. & Claiborn, C. D. (1982). *Change through interaction. Social psychological processes of counseling and psychotherapy*. New York: Wiley.
- Strupp, H. H. & Binder, J. L. (1984). *Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Strupp, H. H., Chassan, J. B. & Ewing, J. A. (1966). Toward the longitudinal study of the therapeutic process. In L. A. Gottschalk & A. H. Auerbach (Eds.), *Methods of research in psychotherapy* (pp. 361—400). New York: Appleton-Century Crofts.
- Suen, H. K. (1987). On the epistemology of autocorrelation in applied behavior analysis. *Behavioral Assessment*, 9, 113—130.
- Tausch, R. (1974). *Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Taylor, S. E. & Fiske, S. T. (1981). Getting inside the head: Methodologies for process analysis in attribution and social cognition. In J. H. Harvey, W. Ickes & R. F. Kidd (Eds.), *New directions in attribution research. Vol. 3* (pp. 459—524) Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Thomä, H. & Kächele, H. (1986). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*. Berlin: Springer.
- Tscheulin, D. (Hrsg.) (1983). *Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie*. Weinheim: Beltz.

- VandenBos, G. R. (1986). Psychotherapy research: A special issue. *American Psychologist*, 41, 111—112.
- Wallerstein, R. S. (1986). *Forty-two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy. The report of the Psychotherapy Research Project of the Menninger Foundation, 1954—82*. New York: Guilford.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D. D. (1969). *Menschliche Kommunikation — Formen, Störungen, Paradoxien*. Bern: Huber.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H. & Fisch, R. (1974). *Lösungen: Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels*. Bern: Huber.
- Williams, J. B. W. & Spitzer, R. L. (Eds.) (1984). *Psychotherapy research: Where are we, and where should we go?* New York: Guilford.
- Wittmann, W. W. & Matt, G. E. (1986). Meta-Analyse als Integration von Forschungsergebnissen am Beispiel deutschsprachiger Arbeiten zur Effektivität von Psychotherapie. *Psychologische Rundschau*, 37, 20—40.
- Zielke, M. (1982). Diagnostik in der klientenzentrierten Psychotherapie (Einzeltherapie). In M. Zielke (Hrsg.) (1982a), *Diagnostik in der Psychotherapie* (S. 106—127). Stuttgart: Kohlhammer.
- Zimmer, D. (Hrsg.) (1983). *Die therapeutische Beziehung*. Weinheim: edition psychologie.

