

39.2 Ergebnisse der Prozessforschung

Es soll hier versucht werden, einige der wichtigsten Ergebnisse der Prozess-Outcome-Forschung darzustellen.

39.2.1 Allianz, Beziehung und Bindung im therapeutischen Prozess

Die Qualität der therapeutischen Allianz (meist erfasst mittels der oben genannten Fragebögen) gilt als der am besten untersuchte Wirkfaktor in der Psychotherapie. Welche Komponenten genau allerdings diese positiven Effekte erzeugen und wie die therapeutische Beziehung mit anderen Wirkfaktoren und Prozessen zusammenspielt, ist weniger geklärt.

Therapeutische Allianz und Behandlungsergebnis

»More than 60 years of empirical research on psychotherapy outcome and process strongly supports the following findings: (1) psychotherapy in general is effective; (2) different types of psychotherapy are equally effective in producing therapeutic change; (3) measures of therapeutic relationship correlate more highly with outcome than do specialized therapy techniques; and (4) the quality of the therapeutic alliance appears to be the most robust predictor of the outcome« (Safran et al. 2009, S. 220).

Martin et al. (2000) konnten in ihrer Metaanalyse zum Einfluss der therapeutischen Allianz eine substanzielle Effektstärke nachweisen. Dabei wurden Daten aus 79 Studien aggregiert und ein moderater aber konsistenter Zusammenhang zwischen Al-

lianzeinschätzungen und Behandlungserfolg gefunden. Dieser Zusammenhang zeigte sich in der Patienten- und Therapeutenperspektive sowie bei Allianz-Ratings durch externe Beurteiler und war unabhängig vom untersuchten Behandlungsverfahren.¹⁹⁸ Auch eine neue Metaanalyse von Horvath et al. (2011; basierend auf 200 Publikationen mit insgesamt über 14 000 Behandlungen) zeigt eine moderate aber signifikante Korrelation zwischen Qualität der therapeutischen Allianz und dem Behandlungserfolg, die Allianz klärt 7,5 % der Varianz im Behandlungserfolg auf. Je später im Behandlungsverlauf die Allianzmessung erfolgte, umso höher fiel der Zusammenhang aus.

Auch *Störungen* der therapeutischen Allianz und deren *Reparierung* wurden untersucht. Störungen (»ruptures«) der Allianz sind Episoden, in denen »tension or breakdown in the collaborative relationship between patient and therapist« auftaucht (Safran et al. 2011, S. 80). Safran et al. (2011) führten zwei Metaanalysen durch: Allianz-ruptures korrelieren hoch signifikant mit negativem Behandlungsergebnis; gezielte Trainings zur »Reparierung« solcher alliance-ruptures führen hoch signifikant zu besseren¹⁹⁹.

In KVT-Behandlungen wird teilweise eine niedrigere Qualität der therapeutischen Allianz gefunden als in anderen Therapieformen (z. B. Feeley et al. 1999; Tang & DeRubeis 1999; Malik et al. 2003) und der Zusammenhang zwischen Allianz und Behandlungserfolg ist in KVT-Behandlungen niedriger. Dies wird damit erklärt,

198 Ähnliche Ergebnisse erbrachten Metaanalysen für Kinder- und Jugendpsychotherapie (Shirk & Karver 2003; Shirk et al. 2011) zur Gruppentherapie (Burlingame et al. 2011) und zur Paar- und Familientherapie (Friedlander et al. 2011).

199 Die Items des *Rupture Resolution Questionnaire* (RRQ) finden sich in Safran et al. 2009.

dass hier eine stärkere Direktivität praktiziert wird (Malik et al. 2003). Andere Studien finden, dass auch in kognitiv-behavioralen Therapien die Qualität der therapeutischen Beziehung der beste Prädiktor für das Behandlungsergebnis ist (Castonguay et al. 1996). In einigen Studien kognitiver Therapien zeigte sich, dass sich die Allianz auf Patientenseite erst nach einer einsetzenden Symptomreduzierung verbesserte (Strunk et al. 2010; Feeley et al. 1999).

Mittlerweile wird der Einfluss der therapeutischen Allianz auf den Behandlungserfolg eher als ein moderierender angesehen und nicht von einem direkten kurrativen Effekt ausgegangen (Kazdin 2009).

Rogers' Basisvariablen einer veränderungswirksamen therapeutischen Beziehung

Die meisten empirischen Arbeiten beziehen sich auf das *Empathie*konzept von Rogers (► Kap. 33.1). Elliott et al. (2011) fanden in ihrer Metaanalyse einen moderaten aber hochsignifikanten Zusammenhang zwischen der Empathie der Therapeuten und dem Behandlungsergebnis in unterschiedlichen Therapieformen. Die Selbsteinschätzungen der Therapeuten zeigten die geringsten Zusammenhänge, während die Empathieeinschätzungen von Patienten und Externen Ratern deutliche höhere Zusammenhänge mit dem Therapieerfolg ergeben. Bei weniger erfahrenen Therapeuten ist der Zusammenhang zwischen Empathie und Therapieerfolg höher als bei erfahrenen.

Therapeuten, die offener für konflikthafte Gegenübertragungsgefühle sind, werden von ihren Patienten als empathischer wahrgenommen (Peabody & Gelso 1982). Auch die Ähnlichkeit zwischen Patienten und Therapeuten hat einen Einfluss ebenso wie non- und paraverbale Verhaltensweisen der Therapeuten (Duan & Hill 1996; Watson 2001; Myers 2000).

Beutler et al. (1986) kommen in ihrem Review zu dem Schluss, dass eine sehr empathische Haltung nicht für alle Patienten gleichermaßen von Vorteil ist und meinen, dass »patients who are highly sensitive, suspicious, poorly motivated, and reactive against authority perform relatively poorly with therapists who are particularly empathic, involved, and accepting« (ebd., S. 279).

Auch die beiden anderen Roger'schen Basisvariablen (*Kongruenz/Echtheit* und *positive Beachtung*) zeigen moderate aber signifikante Zusammenhänge mit Behandlungsergebnissen (Kolden et al. 2011; Farber & Doolin 2011).

Umgang mit Gegenübertragung

Hayes et al. (2011) führten Metaanalysen zum Zusammenhang zwischen *Gegenübertragungsreaktion* bzw. »*managing*« dieser und dem Behandlungsergebnis durch. Hohe negative Gegenübertragung korrelierte mit schlechten Therapieergebnissen, während *Gegenübertragungsmanaging* mit guten Behandlungsergebnissen korrelierte. Allerdings liegen zu diesen Aspekten bisher sehr wenige systematische empirische Studien vor.

Therapie als Bindungsbeziehung?

Die Bindungsqualität zum Therapeuten kann nicht gleichgesetzt werden mit der therapeutischen Allianz, wie sie beispielsweise mit dem WAI gemessen wird (Farber & Doolin 2011; Ehrenthal et al. 2012b; Mallinckrodt et al. 2005).

Die vom Patienten wahrgenommene Bindungssicherheit zum Therapeuten hing positiv damit zusammen, ob negative Übertragung in der therapeutischen Beziehung auftauchte (Woodhouse et al. 2003). Dies ist ein Hinweis darauf, dass die sichere Therapiebeziehung eine notwendige Voraussetzung für die Bearbeitung schwieri-

ger Themen darstellt. Dazu passend fanden Mallinckrodt et al. (2005), dass eine sichere Bindung zum Therapeuten (erfasst mit der Client Attachment to Therapist Scale, CATS) signifikant mit ausgeprägterer »Tiefe« und »smoothness« der Sitzungen zusammenhängt.

In mehreren Studien finden sich Hinweise dafür, dass in erfolgreichen Behandlungen *Internalisierungsprozesse* (analog solcher in Bindungsbeziehungen) stattfinden. So zeigt eine Studie von Geller & Farber (1993), dass Patienten Repräsentanzen ihrer Therapeuten aktivieren, wenn sie in »painful affects« (z. B. Trauer, Angst, Niedergeschlagenheit, Schuld, Selbsthass) geraten. Und Rosenzweig et al. (1996) fanden heraus, dass Patienten, wenn sie die Repräsentanz ihrer Therapeuten aktivieren, überwiegend »feelings of being comforted, safe, and accepted« erleben.

»In contrast to merely ›remembering‹ information about their therapists, patients bring forth representations of themselves in relation to their therapists to, among other things, regular painful affects, assuage feelings of loneliness, and facilitate problem-solving and conflict resolution« (Geller & Farber 1993, S. 176).

39.2.2 Therapeutische Interventionen und deren Zusammenhang mit dem Behandlungsergebnis

Oben wurde gemutmaßt, dass die aus verfahrensvergleichenden Wirksamkeitsstudien abgeleitete Schlussfolgerung, dass spezifische therapeutische Techniken keinen großen Einfluss auf das Behandlungsergebnis hätten, ein Artefakt sein könnte.

Zur Beantwortung dieser Frage bieten sich zwei Zugänge an:

1. Unterscheiden sich Therapeuten unterschiedlicher Schulen überhaupt substantiell in ihrem technischen Verhalten? (Falls nicht, wäre das Äquivalenzparadox eher ein »Ausbildungsparadox« ...).
2. Gibt es (verfahrensübergreifend) Zusammenhänge zwischen dem tatsächlich realisierten therapeutisch-technischen Verhalten und dem Behandlungsergebnis?

Die Befunde zur Frage bezüglich tatsächlicher **Unterschiede im »technischen« Verhalten** zwischen Therapeuten unterschiedlicher Schulen sind widersprüchlich. Malik et al. (2000) verglichen drei Gruppen von Therapeuten: kognitive Verhaltenstherapeuten, psychodynamische Psychotherapeuten und Gestalttherapeuten. Als Ergebnis zeigte sich, dass die Therapeuten sich *nicht* hinsichtlich *auf Einsicht abzielende Interventionen* versus *Arbeit am Symptom* unterscheiden. Ronnestad & Skovholt (2005) fanden, dass zwischen Therapeuten derselben theoretischen Ausrichtung stärkere technische Unterschiede bestehen als zwischen verschiedenen Behandlungsansätzen. In einer späteren Arbeit fanden Malik et al. (2003) dann doch Unterschiede im technischen Verhalten von Therapeuten unterschiedlicher Therapieschulen. Verglichen wurden drei Formen Kognitiver Therapie (KVT) und verschiedene andere (non-KVT) Behandlungsformen mittels TPRS (Therapy Process Rating Scale; Beutler et al. 2000). Anhand von Videoaufnahmen wurden folgende Dimensionen (»verblindet«) eingeschätzt:

- a. »Directiveness (the extent to which the session was therapist directed rather than client directed),
- b. Emotional Arousal (the relative effort by the therapist to deepen the client's emotional experience rather than to directly reduce levels of emotional arousal or awareness), and

- c. Behavior Focus (the relative use of behaviorally oriented approaches such as skill building or symptom reduction versus the use of insight- and awareness-focused interventions).
- d. Quality of the Therapeutic Alliance.« (Malik et al. 2003, S. 153).

Es ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen KVT und non-KVT in allen vier Dimensionen. KVT-Therapeuten waren signifikant direkter und mehr verhaltensfokussiert als Non-KVT-Therapeuten; hingegen vertieften KVT-Therapeuten signifikant weniger emotionales Erleben und »awareness«. Zudem wurde die Qualität der therapeutischen Allianz signifikant niedriger eingeschätzt als in den anderen Therapieformen. Allerdings war die Heterogenität innerhalb der Behandlungsverfahren sehr groß; so waren KVT-Therapeuten ebenso heterogen bezüglich der Anwendung symptomfokussierender Interventionen wie Therapeuten anderer Richtungen. Auch unterschied sich die therapeutische Technik innerhalb der KVT je nach Setting (Einzeltherapie, Paartherapie, Gruppentherapie). In KVT-Gruppentherapien wurde beispielsweise sehr viel häufiger emotionsinduzierend gearbeitet als in KVT-Paartherapien. Auch die non-KVT-Behandlungen wurden untereinander verglichen. Hier zeigte sich beispielsweise (theoriekonform), dass in psychodynamischen Behandlungen im Vergleich zu Experiential Therapy signifikant weniger direktiv und symptomorientiert interveniert wurde, dass aber in beiden Verfahren mehr *emotional arousal* hervorgerufen wurde als in anderen.

Die gefundenen Unterschiede im technischen Verhalten von Therapeuten unterschiedlicher Therapierichtungen sind allerdings meist nur graduell, d. h. üblicher-

weise realisieren alle Therapeuten nicht nur ihr schulentypisches Interventionsverhalten, sondern in unterschiedlicher Ausprägung eben immer auch schulen-»fremdes« Verhalten. Schulen-»reine« Technikanwendungen sind in der Realität offensichtlich nicht anzutreffen. Die hinter dem Äquivalenzparadox stehende Annahme, dass sich Therapeuten unterschiedlicher Ausrichtungen fundamental hinsichtlich ihres tatsächlichen Interventionsverhaltens unterscheiden, muss wohl als nicht zutreffend angesehen werden: Auch wenn es Unterschiede gibt – die tatsächlich realisierten Interventionen sind sich ähnlicher, als die theoretischen Behandlungsmodelle dies erwarten lassen.

Dies führt zum zweiten Zugang: Die Untersuchung von Zusammenhängen zwischen dem tatsächlich realisierten therapeutisch-technischen Verhalten und dem Behandlungsergebnis.

Verfahrenstyische Interventionen

Ablon & Jones (1998) ließen hunderte von transkribierten Sitzungen psychodynamischer und kognitiver Kurz-Psychotherapien (insgesamt 100 Fälle, entnommen aus drei RCT-Studien) mit dem PQS durch »blinde« Rater einzuschätzen. Die Übereinstimmung des jeweiligen Therapeutenverhaltens mit den beiden Prototypen (psychodynamisch-psychoanalytischer und kognitiv-behavioraler Prototyp, siehe oben) wurde dann mit dem Behandlungsergebnis in Verbindung gebracht. Dabei zeigte sich erstens, dass in psychodynamischen Behandlungen eine Mischung aus psychodynamischem und kognitivem Interventionsprototyp realisiert wurde, während die KVT sich stärker an den kognitiven Prototyp hielt, und dass

200 Dies galt nicht für die Patienten mit PTSD.

zweitens nur eine hohe Übereinstimmung des Therapeutenverhaltens mit dem oben beschriebenen psychodynamischen Prototyp (► Kap. 39.1.2) mit positivem Behandlungsergebnis zusammen hing – und zwar in beiden Therapieformen.²⁰⁰ Die Übereinstimmung mit dem kognitiven Prototyp zeigte keinen nennenswerten Zusammenhang mit dem Behandlungsergebnis. Auch dies galt für beide Therapieformen. Schon in früheren Studien wurden, mit anderer Methodik, vergleichbare Ergebnisse gefunden: Psychodynamische Interventionsformen hängen mit positiven Behandlungsergebnissen zusammen, kognitive Interventionen hingegen nicht (Jones & Pulos 1993).

Coombs et al. (2002) untersuchten Interpersonelle Therapien (IPT) und Kognitive Therapien (KVT) bei depressiven Patienten mittels PQS in Hinblick auf die spezifischen Aspekte der »collaborative emotional exploration« und des »educative/directive process«. »Collaborative emotional exploration« war häufiger in IPT zu finden als in KVT, korrelierte aber in beiden Behandlungsformen positiv mit dem Therapieerfolg; wohingegen »educative/directive process« in keiner der Behandlungsformen mit dem Ergebnis zusammenhing.

Ablon et al. (2006) untersuchten 17 psychodynamische Behandlungen von Patienten mit Panikstörungen mittels PQS. Gemessen an der Übereinstimmung ihres Verhaltens mit den Prototypen realisierten die Therapeuten eine technische Mischung, wobei die Übereinstimmung mit dem kognitiven Prototyp höher war als mit dem psychodynamischen. Allerdings sagte die Übereinstimmung mit dem psychodynamischen und dem interpersonellen Prototyp den Therapieerfolg besser vorher, als die Über-

einstimmung mit dem kognitiven Prototyp. Dies galt allerdings nur für die allgemeine Symptombelastung (SCL-90R) und nicht für störungsspezifische Instrumente.

Hayes et al. (1996) kommen mithilfe einer anderen Methodik (Scale of Therapy Change Processes TCP) anhand von 30 KVT-Behandlungen aus der Studie von Hollon et al. (1992) zu dem Ergebnis, dass typische kognitive Interventionen mit schlechterem Behandlungsergebnis einhergehen, während die Bearbeitung von Beziehungen sowie die Exploration von früheren Erfahrungen mit den primären Bezugspersonen positive Behandlungsergebnisse vorhersagen konnten: »Therapists maintained a primarily cognitive focus, but it was interventions that addressed the interpersonal and developmental domains that were associated with improvement. A developmental focus also predicted a longer time of recovery and better global functioning over the 24-month followup period« (Hayes et al. 1996, S. 623).

Castonguay et al. (1996) fanden, dass schlechtere Behandlungsergebnisse von kognitiven Therapien mit der Nutzung von typisch kognitiven Interventionen (z. B. »therapist's focus on the impact of distorted cognitions on depressive symptoms«) standen. Weitergehende qualitative Analysen der Sitzungen deuteten darauf hin, dass dieser Zusammenhang dadurch zustande kam, dass einige Therapeuten sich in eine vermeintlich technische Sicherheit flüchteten. Dies zeigt sich daran, dass sie besonders »korrekt« vorgehen, wenn es mit der Beziehung schwierig wurde (ebd., S. 497).

Hilsenroth et al. (2003) fanden eine signifikant positive Korrelation zwischen der psychodynamischer Technik (erfasst mittels

201 Ähnliche Interaktionseffekte zwischen psychodynamischen Interventionen und Qualität der therapeutischen Allianz in Bezug auf das Behandlungsergebnis fanden Gaston et al. (1994; Gaston et al. 1998).

CPPS, siehe oben) und einer symptomatischen Verbesserung in einer Stichprobe mit 21 depressiven Patienten. In einer größeren Stichprobe ($n = 68$) von Patienten mit Depressionen und einer hohen Rate an komorbiden Persönlichkeitsproblemen, profitierten Patienten signifikant mehr von psychodynamischen Interventionen, wenn sie die Allianz als besser erlebten (Owen & Hilsenroth 2011)²⁰¹. Dieser Interaktionseffekt ging wesentlich auf drei technische Aspekte zurück: *focusing on repetitive relation-*

ships, linking patient's current feelings/perceptions to past experiences, and identification of recurrent action, emotional, and experiential patterns.

In der Studie von Slavin-Mulford et al. (2011) korrelierten spezifisch die psychodynamischen Interventionen (ebenfalls erfasst mittels CPPS) innerhalb der ersten Sitzungen psychodynamischer Kurztherapie bei Patienten mit Angststörungen positiv mit dem Therapieerfolg.

Zimmermann et al. (2013c) testeten in einer Mediatoranalyse, den Einfluss der Dosis (Stundenanzahl) versus der psychodynamischen Technik (psychodynamischer PQS-Prototyp) auf das Ergebnis am Behandlungsende und auf die Entwicklung der Patienten in einem 3-Jahreszeitraum danach. Die Behandlungen entstammen der Studie von Huber et al. (2012; ► 38.3.1): darin wurden die drei Verfahren Analytische Psychotherapie (PA), Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) und Kognitive Verhaltenstherapie (VT) miteinander verglichen. PA zeigte zur Abschlusskataloge drei Jahre nach Behandlungsende signifikant bessere Ergebnisse als VT, hatte aber auch eine deutlich höhere Dosis (5,7-mal soviel Sitzungen).

Die jeweils drei mittleren Sitzungen von 77 Behandlungen (PA $n = 27$, TP $n = 26$ und VT $n = 24$ Behandlungen) wurden mittels Psychotherapy Process Q-Sort (PQS, siehe oben) durch verblindete Rater eingeschätzt. PA, TP und VT zeigten unterschiedliche mittlere Ähnlichkeiten zum psychodynamischen Interventionsprototyp: PA die höchste, VT die niedrigste, und TP dazwischen.

Für die drei Outcome-Maße *Depressivität* (BDI), *interpersonelle Probleme* (IIP) sowie *Umgang mit sich selbst* (Intrex-Introjekt) wurden drei Mediatoranalysen gerechnet, jeweils mit *Dosis* und *Technik* als Mediatoren.

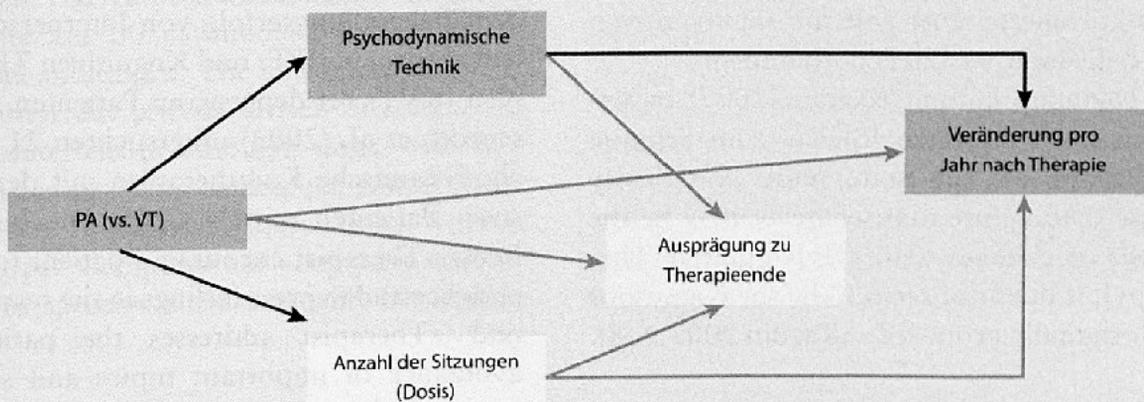


Abb. 39.2: Einfluss der Mediatoren Technik und Dosis auf die Veränderung der Depressivität (BDI).

Das Ergebnis in Bezug auf den BDI, zeigt, dass Analytische Psychotherapie zu weiterer Verbesserung der Symptomatik nach Behandlungsende führt, weil vermehrt psychodynamische Interventionen eingesetzt werden (und nicht aufgrund der höheren Stundenzahl). Die Stundenanzahl bereinigt um den Effekt der psychodynamischen Technik hat keinen eigenständigen Effekt auf die Entwicklung der Symptomatik nach Behandlungsende.

Das Modell zu Interpersonellen Probleme (IIP) ergibt hingegen, dass die höhere Stundenanzahl zur Verbesserung der interpersonellen Symptomatik am Behandlungsende führt (nicht die psychodynamische Technik). Das Modell zum Umgang mit sich selbst (Intrex-Introjekt) zeigt, dass die höhere Stundenanzahl verantwortlich ist für die positive Veränderung am Behandlungsende, die psychodynamische Technik für die Stabilität dieser Veränderungen in den drei Jahren danach.

Fazit dieser Studie: PA ist bei Depression langfristig effektiver, weil mehr psychodynamische Techniken eingesetzt werden (und nicht wegen der größeren Dosis). Die höhere Dosis allein hat einen eher kurzfristigen Effekt auf die Veränderung interpersonale Probleme und des Introjekts (Umgang mit sich selbst).

Andere Studien haben hingegen durchaus positive Zusammenhänge zwischen kognitiven Interventionen und Behandlungsergebnis gefunden (Tang & DeRubeis 1999; Strunk et al. 2007; Feeley et al. 1999). So zeigte die Studie von Ablon & Jones (2002) mittels PQS-Analyse von kognitiv-behavioralen und von interpersonellen Therapiestunden, dass prototypisch kognitive Techniken auch in beträchtlichem Umfang von Therapeuten der Interpersonellen Therapie angewendet werden und dass eine hohe Übereinstimmung mit dem kognitiven Prototyp mit positivem Behandlungsergebnis korrelierte. Dies galt für die kognitiven und die interpersonellen Therapien.

Dennoch kommt Kazdin (2007) in seinem viel beachteten Review zum Schluss: »Perhaps we can state more confidently now than before that whatever may be the basis of changes with CT [Cognitive Therapy], it does not seem to be the cognitions as originally proposed« (Kazdin 2007, S. 8).

Therapeutische Fokussierung auf Affekte des Patienten

Schon in den 1980er und Anfang der 1990er Jahre wurden einige Prozessstudien

vorgelegt (allerdings oft mit kleinen Stichproben), die darauf hindeuteten, dass spezifisch die **Fokussierung auf Emotionen der Patienten** mit positivem Behandlungsergebnis zusammenhängt (Horowitz et al. 1984; Piper et al. 1987; Coady 1991; Gaston & Ring 1992; Jones et al. 1992).

Die Wirksamkeit therapeutischer Fokussierung auf Emotionen des Patienten konnte in mehreren neueren Studien (anhand größerer Stichproben) bestätigt werden. In der schon oben erwähnte Studie von Coombs et al. (2002) korrelierte spezifisch die »collaborative emotional exploration« mit dem Behandlungserfolg von Interpersonellen Therapien (IPT) und Kognitiven Therapien (KVT) bei depressiven Patienten. Hilsenroth et al. (2003) untersuchten 21 psychodynamische Kurztherapien mit depressiven Patienten mittels CPPS: Die beiden Items »Therapist encourages patient to experience and express feelings in the session« und »Therapist addresses the patient's avoidance of important topics and shifts in mood« korrelierten positiv mit dem Behandlungserfolg. In der Studie von Ablon et al. (2006) wurden psychodynamischer Therapien mit Patienten mit Panikstörungen untersucht. Es zeigte sich, dass spezi-

fisch die PQS-Items »Therapist emphasizes patient's feelings to deepen them«, »Therapist draws attention to feelings patient regards unacceptable« und »Therapist focuses on patient's feelings of guilt« mit dem Behandlungserfolg korrelierten.

Diener et al. (2007) führten eine *Metaanalyse* zum Zusammenhang zwischen »Therapists Affect Focus« und Behandlungserfolg in psychodynamischen Behandlungen durch. Als Ergebnis fassen sie zusammen: »Therapist facilitation of patient affective experience/expression was positively associated with treatment improvements, and this relationship most likely exists independently of the influence of other factors. The results suggest a 30 % difference in success rate between patients who receive an affective therapeutic focus and those who do not ... Results ... indicate that therapist facilitation of patient affective experience/expression increased patient success rate from 35 % to 65 %« (ebd., S. 938).

Mittels einer ganz anderen Methodik liefert auch die Studie von Anderson et al. (1999) Hinweise auf die Wichtigkeit der sprachlichen Bezugnahme auf emotionale Komponenten. Die Autoren untersuchten die Transkripte aus 30 psychodynamischen Kurzzeitbehandlungen: Die mittleren fünfzehn Minuten der jeweils dritten Sitzung wurden unterteilt in »thought units« mit dem höchsten und dem niedrigsten Anteil an affektiven Adjektiven. Diese Units wurden dann per Computer auf »cognitive and affective speech« hin untersucht. Die Ergeb-

nisse weisen darauf hin, dass Therapeuten, die weniger »cognitive« Worte in »high-affect segments« verwenden, bessere Behandlungsergebnisse aufweisen. Die Autoren schlussfolgern, dass Therapeuten gut daran tun, einen kognitiven Fokus in hoch-affektiven Momenten zu vermeiden.

(Übertragungs-)Deutungen

Mintz (1981) zeigte anhand der Analyse von achtzehn psychoanalytischen Fokalthérapien, dass die Deutung der negativen Übertragung mit dem Behandlungserfolg zusammenhing: »These results suggest that patient improvement is associated with therapist interpretation of patients' negative feelings directed toward the therapist«.

Aber schon Silberschatz et al. (1986) zeigten anhand einer kleinen Stichprobe, dass weniger die Frage, ob Übertragungsdeutungen oder Nichtübertragungsdeutungen angewendet wurden, sondern vielmehr, ob die Intervention zum Patienten *passte* (»suitability«) für den Prozess wichtiger war. Verschiedene Studien konnten zeigen, dass die Qualität bzw. die Akkuratheit (»accuracy«) therapeutischer Interventionen positiv mit dem Behandlungsergebnis (Crits-Christoph et al. 1988; Norville et al. 1996; Piper et al. 1993) und mit der Entwicklung der therapeutischen Beziehung (Crits-Christoph et al. 1993) in psychodynamischen Psychotherapien zusammenhängt.²⁰² Insbesondere die verbale Bezugnahme auf den *zentralen (unbewussten) Wunsch* des Patienten scheint sich positiv auf die Entwicklung der therapeutischen Beziehung und auf das Behandlungsergebnis auszuwirken.

202 In den Arbeiten von Crits-Christoph et al. (1988; Crits-Christoph et al. 1993) wird anhand von Therapientranskripten die *accuracy* der einzelnen Interventionen der Therapeuten bestimmt, indem die Bezugnahme auf Elemente des für diesen Patienten individuellen ZBKT (Zentrales Beziehungskonfliktthema, Luborsky & Crits-Christoph 1998) eingeschätzt wird. Das ZBKT wird vor und unabhängig von der Behandlung anhand von Beziehungsnarrativen ermittelt und die Einschätzung der *accuracy* der einzelnen Interventionen erfolgt durch verblindete Rater.

In einer neuen Studie untersuchten Crits-Christoph et al. (2010) den Zusammenhang zwischen »interpersonal accuracy« der therapeutischen Interventionen und dem Behandlungserfolg innerhalb von 72 kognitiv-behavioralen und von interpersonellen Psychotherapien mit depressiven Patienten. Die *interpersonal accuracy of interventions* wurde eingeschätzt, indem zuerst das Zentrale Beziehungskonfliktthema (ZBKT; Luborsky & Crits-Christoph 1998) für jeden Patienten ermittelt wurde. Daran anschließend wurden die verbalen Äußerungen der Therapeuten von verblindeten Ratern dahingehend eingestuft, zu welchem Ausmaß sich die Äußerung auf ein Element des patientenspezifischen Beziehungsthemas bezieht. Es zeigte sich, dass eine hohe interpersonelle *accuracy* zu Beginn von interpersonellen Behandlungen mit positiven Therapieergebnissen zusammenhing, innerhalb von kognitiven Behandlungen aber eher mit schlechteren Ergebnissen. Das Ergebnis spricht also dafür, dass innerhalb der beiden Therapieformen (interpersonell vs. kognitiv) durchaus andere therapeutisch-technische Prozesse zum Erfolg führen.

Ogrodniczuk und Piper (1999) geben eine Übersicht der Forschung zur **Kontroverse**, ob bei *Persönlichkeitsstörungen* Übertragungsdeutungen oder supportive Techniken (► **Kap. 31**) angemessener sind und kommen zu drei Schlussfolgerungen: 1) eine starke therapeutische Allianz ist die Voraussetzung zur Exploration der Übertragung; 2) Übertragungsarbeit sollte mit supportiven Techniken in einem ausgewogenen Verhältnis durchgeführt werden; und 3) die Qualität der Objektbeziehungen des Patienten und damit die Fähigkeit zur Arbeit in der Übertragung sollte berücksichtigt werden. Allerdings seien bei weitem mehr Studien erforderlich, um zu klaren praxisrelevanten Aussagen zu kommen.

Ryum et al. (2010) zeigten, dass starke Betonung der Übertragungsbearbeitung in Kombination mit einer schwachen Allianz

zu weniger Veränderungen interpersoneller Probleme bei Patienten mit Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen führte.

Eine aktuelle Studie von Kuutmann und Hilsenroth (2012) untersuchte anhand einer Stichprobe von 76 ambulanten psychodynamischen Kurzzeitbehandlungen die Zusammenhänge zwischen dem Fokus auf die Patient-Therapeutbeziehung innerhalb der Anfangsphase, dem »pre-treatment interpersonal style« der Patienten, der Persönlichkeitspathologie sowie Patienteneinschätzungen des Prozesses und des Behandlungserfolgs. Ein höheres Level an Persönlichkeitspathologie und interpersonellen Problemen hing mit erhöhtem Fokus auf die Patient-Therapeutbeziehung am Anfang der Behandlung zusammen. Dies galt besonders für Patienten mit »cold/distant interpersonal style« und mit »low self-esteem«; diese beiden Patientencharakteristika zeigten signifikante Veränderungen im Verlauf der Therapie, was wiederum mit der frühen Fokussierung auf die therapeutische Beziehung korrelierte. Patienten mit higher-level-Objektbeziehung profitieren noch stärker als andere von einer frühen Fokussierung auf die Patient-Therapeutbeziehung in Bezug auf Veränderungen der »cold/distant interpersonal problems«. (Die Ergebnisse decken sich weitgehend mit denen der dismantling-Studie von Høglend et al. 2008).

39.2.3 Patientenverhalten und -erleben im Zusammenhang mit dem Behandlungsergebnis

In diesem Abschnitt soll auf Studien eingegangen werden, die die Patientenseite des Prozesses und ihren Zusammenhang mit dem Outcome untersucht haben.

McCullough et al. (1991) untersuchten die Reaktionen von Patienten auf Interventionen: Interventionen, denen eine affektive Reaktion folgte, hingen mit gutem Therapie-

ergebnis zusammen; Interventionen, denen eine »patient-defensive response« (z. B. Vermeiden von schwierigen Themen) folgte, gingen in Behandlungen mit schlechteren Ergebnissen einher (ähnlich auch bei Hill et al. 1988). Winston et al. (1993) fanden heraus, dass Übertragungsdeutungen, auf die eine emotionale Reaktion des Patienten folgte, mit positivem Behandlungsergebnis assoziiert waren, während Interventionen, denen eine Abwehrreaktion folgte, mit schlechtem Behandlungsergebnis zusammenhingen.

Übereinstimmend und verfahrensübergreifend zeigt sich, dass insbesondere die **Aktivierung negativer, schmerzlicher Emotionen im (mittleren) Behandlungsprozess** mit späterem Behandlungserfolg assoziiert ist (Hunt 1998; Castonguay et al. 1998). Die Veränderung der Emotionen scheint dabei kein linearer Prozess zu sein, was sich auf der Mikroebene widerspiegelt, indem produktive Sequenzen durch »a 2-steps-forward, 1-step-back fashion« auf der moment-by-moment-Ebene charakterisiert wurden. Dies führte aber letztlich zu einer kontinuierlichen Veränderung im emotionalen Bereich und kennzeichnete die erfolgreichen Behandlungen (Pascual-Leone & Greenberg 2007; Pascual-Leone 2009).

Die Aktivierung intensiver negativer Emotionen scheint mit einer Destabilisierung verknüpft zu sein und beides geht u. a. mit stärkerer therapeutischer *Fokussierung auf Entstehungsbedingungen der gegenwärtigen Probleme* einher ebenso aber auch mit verhaltenstherapeutischen *Übungen*. Dies spricht dafür, dass verschiedene technische Zugänge zum veränderungsrelevanten patientenseitigen Pro-

zess möglich sind (Hayes & Strauss 1998). Ähnlich fanden Ablon & Jones (1999), dass sich die patientenseitig mit Behandlungserfolg und -misserfolg assoziierten Prozesse nicht besonders zwischen unterschiedlichen Behandlungsformen unterscheiden, obwohl die Therapeuten durchaus unterschiedlich intervenieren.

Whelton (2004) findet in seiner Übersicht Hinweise, dass sowohl die *Aktivierung spezifischer relevanter Emotionen* in den Sitzungen als auch die *kognitive Erkundung und Bearbeitung der Bedeutung dieser Emotionen* für therapeutische Veränderungen wichtig sind.

Günstig für den späteren Behandlungserfolg scheint ein »moderate amount of expressed emotional arousal« zu sein, während »too much or too little emotion was found to be not helpful« (Carrier & Greenberg 2010).

Hohe Levels des *Emotional Experiencing* (siehe oben) zeigt einen robusten Zusammenhang mit dem Therapierfolg (Castonguay et al. 1996; Whelton 2004). Im Verlauf von erfolgreichen Behandlungen steigt das Level des *Emotional Experiencing* bzw. des *Emotional Processing* deutlich an (Pos et al. 2003; Watson & Bedard 2006).

39.2.4 Nonverbale dyadische Muster im therapeutischen Prozess

Dem nonverbalen Verhalten wird eine immens hohe Bedeutung in zwischenmenschlichen Kontexten zugeschrieben. Hier sollen einige Studien vorgestellt werden, die

203 Zur Bestimmung des nonverbalen *attunements* wurden die Differenzen verschiedener Verhaltensweisen von Patienten (*support seeking* Patient: z. B. Dauer und Häufigkeit des Blickkontakts zur Interviewer, Gestikulierungen während des Sprechens, Hand- und Kopfbewegungen etc.) und Interviewer (*support giving behaviour* Therapeut: Dauer und Häufigkeit von bejahendem Kopfnicken, backchannels wie »hm hm« oder »ja ja« während des Sprechens des Patienten) innerhalb von 3-Minuten-Sequenzen bestimmt – hohe Differenzen zwischen *support seeking* Verhalten des Patient und *support giving behaviour* des Therapeut reflektiert dabei geringes *attunement*.