

Lernen von gut geschulten und erfahrenen Psychotherapeuten: Erforschung der Wirksamkeit von psychodynamischen Therapien und ihrer Mechanismen der Veränderung¹

Sigal Zilcha-Mano & Jacques P.Barber

Zusammenfassung: Ist psychodynamische Therapie (PT) ein evidenzbasiertes Verfahren? Wie funktioniert psychodynamische Therapie? Im vorliegenden Artikel werden wir die empirische Evidenz für diese wie auch für andere zentrale Fragen diskutieren. Erstens werden wir die bestehenden vorliegenden Forschungsergebnisse der zwei am weitesten verbreiteten Mythen über psychodynamische Therapie untersuchen: (1) Psychodynamische Therapie ist keine evidenzbasierte Therapie; (2) psychodynamische Therapie ist nicht ausgerichtet auf und deshalb auch nicht effektiv beim Lindern von Symptomen. Zweitens werden wir einige der vorhandenen Forschungsarbeiten daraufhin untersuchen, was tatsächlich eine Veränderung in der psychodynamischen Therapie ermöglicht. Das Ziel dieses Artikels ist es, einen Zugang herzustellen zu einem Wissen, das durch zahlreiche Studien zu dem PT-Verfahren angesammelt und von Dutzenden von Therapeuten durchgeführt wurde, in der Hoffnung, dass es den Klinikern nützlich sein wird.

Schlüsselwörter: Psychotherapieforschung, evidenzbasierte Praxis, Effektivität, Mechanismen der Veränderung, Allianz, Adhärenz.

¹ Zilcha-Mano S, Barber JP (2014) Learning from well-trained and experienced dynamic psychotherapists: Research on the efficacy of dynamic psychotherapy and its mechanisms of change. Contemporary Psychoanalysis 50: 58-88. Übersetzt von I. Witthohn und K. Grote (International Psychoanalytic University Berlin).

Freud glaubte fest daran, dass ein wissenschaftliches Fundament in der klassischen psychoanalytischen Theorie wichtig ist. Als engagierter und ausgebildeter wissenschaftlicher Beobachter sah er die Psychoanalyse als einen Zweig der Wissenschaft und das psychoanalytische Feld als eine Art Laborumgebung an (Freud, 1933a). Seitdem ist die psychoanalytische Literatur voller hitziger Debatten über die besten Wege, diesen Bereich sowohl als klinisches Verfahren als auch als intellektuelle Disziplin zu begreifen (z.B. Mitchell & Black, 1995; Mitchell, 1997). Zu Freuds Zeiten fehlte es der wissenschaftlichen Welt an Instrumenten, um systematisch psychoanalytische Hypothesen zu untersuchen. Zu dieser Zeit hätte das Bestreben, klinische Arbeit auf evidenzbasierte wissenschaftliche Ansätze zu begrenzen, möglicherweise der Entwicklung und Verbreitung des Feldes der Psychoanalyse geschadet. Dieses hat sich jedoch geändert, und die Zeit für eine Zusammenführung ist erreicht.

Wissenschaftliche Forschung hat nun die Werkzeuge, um diese Neuerungen einzuführen und einen Beitrag zur umfassenden Literatur der Psychotherapie zu leisten. Wie auch andere klinische Forscher (Lampropoulus et al., 2002) sind wir der Meinung, dass es sehr viele Möglichkeiten für die Psychoanalyse und psychoanalytische Therapie bietet, wenn eine Brücke zwischen den beiden Bereichen, der klinischen Praxis und der Forschung, geschlagen würde (z.B. Barber, 2009). In diesem Artikel werden wir einen Teil der vorliegenden empirischen Literatur der psychodynamischen Therapie (PT) untersuchen, um herauszufinden, wie empirische Ergebnisse dabei helfen können, wichtige Aspekte in klinischer Theorie und Praxis zu klären.

Wir beginnen damit, den aktuellsten Beitrag der Forschung zu untersuchen, der zwei weit verbreitete Mythen über Psychodynamische Therapie (PT) diskutiert: (1) Psychodynamische Therapie ist keine evidenzbasierte Therapie und (2) Psychodynamische Therapie ist nicht ausgerichtet auf und deshalb auch nicht effektiv beim Lindern von Symptomen. Im zweiten Teil dieses Artikels gehen wir einer der Kernfragen der Psychotherapieforschung und –praxis auf den Grund: Was befähigt den Patienten eigentlich dazu, sich zu verändern?

Mythos 1: Psychodynamische Therapie (PT) ist kein evidenzbasiertes Verfahren

In den 50er Jahren des vorigen Jahrhunderts wurde allgemein starke Kritik an der Effektivität der Psychotherapie geäußert. Viele Jahre wurde immer wieder die Frage gestellt, ob es nicht besser wäre, zuzugeben, dass meist der Zufall entscheidet (Meehl, 1954; siehe ebenso Eysenck, 1952), und teilweise gibt es diese Kritik immer noch. Solche Vorwürfe betreffen besonders die Psychodynamische Therapie. Die Frage, ob Psychodynamische Therapie effektiv ist, hat wichtige Konsequenzen, nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch, wenn es beispielsweise für politische

Entscheidungssträger und Haushaltspläne der Regierungen, Versicherungsgesellschaften und Weltgesundheitsorganisationen handlungsleitend wird. Darüber hinaus sind Therapeuten an dem Wohlergehen ihrer Patienten interessiert und tun ihr Bestes, um eine effektive Behandlung anzubieten. Somit hat die Beantwortung der Frage nach der Effektivität unserer Behandlungen auch eine ethische Implikation für unsere Arbeit.

Es gibt einen beliebten Vergleich zwischen Medizin und Psychotherapie. Wenn wir davon ausgehen, dass sowohl körperliches als auch emotionales Wohlergehen wichtig sind, und dass Behandlungsfehler (selbst unbeabsichtigte) ungünstige Konsequenzen auf beide haben, mag man fragen: Würden Sie ihren Angehörigen ein Medikament für sein oder ihr Herz geben, welches noch nicht erprobt ist? Und was bedeutet das für die Psychotherapie, mit der die Seele behandelt wird? Innere Kräfte (z.B. Ethik, Forschung) und äußere (z.B. Politik und Budgetverwaltung) neigen nun immer mehr zur evidenzbasierten Psychotherapie.

Ist Psychodynamische Therapie angesichts des jüngsten Trends bezüglich evidenzbasierter Psychotherapie also obsolet und ineffektiv, wie manche behaupten? Im Großen und Ganzen, und wenig überraschend für die Therapeuten, bleibt die Antwort durchgängig bei allen Studien ein definitives „nein“; mit kumulierten Ergebnissen wird dargestellt, dass Psychodynamische Therapie in der Tat Patienten hilft, sich besser zu fühlen, wie das jüngste Review von Barber, Muran, McCarthy und Keefe (2013) in der sechsten Ausgabe von Bergin und Garfield's *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* zeigt. Empirische Evidenz unterstützt die Wirksamkeit und Effektivität der Behandlung. Außerdem wurde ihre Wirksamkeit (gemessen an der statistischen Effektstärke) genauso substantiell nachgewiesen wie es auch für andere Behandlungen der Fall ist, die als „empirisch gestützt“ und „evidenzbasiert“ bezeichnet werden (z.B. Shedler, 2010; Barber et al., 2013). Frühere Metaanalysen haben ähnliche Resultate aufgezeigt, sowohl für Kurzzeit-PT (Durchschnitt von 21 Sitzungen; z.B. Leichsenring, Rabung & Leibling, 2004) als auch für Langzeit-PT (Durchschnitt von 150 Sitzungen; de Maat, de Jonghe, Shoeners & Dekker, 2009), mit weiterer Verbesserung des Zustandes der Patienten lange nach Therapieende. Zum Beispiel Abbass, Hancock, Henderson und Kisely's (2006) Metaanalyse mit 23 randomisiert-kontrollierten Studien, die 1.431 Patienten mit verschiedenen psychischen Störungen einschlossen, welche Kurzzeit-PT bekamen (weniger als 40 Stunden), zeigte eine sehr hohe Effektstärke zum verbesserten Zustand von PT-Patienten (.97) im Vergleich zu Kontrollpatienten (die auf einer Warteliste standen, minimale Behandlung oder ‚treatment as usual‘ bekamen, z.B. eine Behandlung, die Patienten im allgemeinen in der alltäglichen klinischen Praxis bekommen). Es ist interessant, dass die Effektstärke sich erhöht (1.51) bei einer Langzeitanschlussbehandlung (mehr als 9 Monate Posttreatment), was darauf hindeutet, dass Patienten sich möglicherweise dauerhaft Handwerkszeug und ein adaptiveres Weltbild angeeignet haben, welches zu anhaltender Veränderung führte, sogar nachdem die Therapie beendet war. Eine andere Metaanalyse, die 17 randomisierte Kontrollstudien der Kurzzeit-PT (Durchschnitt von 21 Sitzungen) einschloss, berichtete ebenfalls eine hohe Effektstärke (1.17) für PT im Vergleich zur

Kontrollgruppe, welche sogar noch höher (1.57) bei einem längeren katamnestischen Zeitraum (ein Durchschnitt von 13 Monaten [Leichsenring et al., 2004]) wurde.

Bei den meisten Prä/Post-Studien, die anstelle von Vergleichskontrollstudien durchgeführt wurden, berichtete de Maat et al. (2013), dass Patienten, die mittels Psychoanalyse behandelt wurden, vom Beginn bis Abschluss der Behandlung bei einer Reihe von Parametern Veränderungen aufwiesen. Es ist nicht überraschend, dass die Forschung zu Langzeittherapien, speziell zur Psychoanalyse, die randomisierte klinische Studien benutzen, zahlreiche methodische Schwierigkeiten beinhalten (siehe de Jonghe et al., 2012). Jedoch weisen Vergleichskontrollstudien darauf hin, dass Langzeit-psychodynamische Therapie effektiv ist. Zum Beispiel legt Leichsenring und Rabung's (2008) Metaanalyse, basierend auf acht kontrollierten Studien, nahe, dass Langzeit-PT signifikant höhere Ergebnisse erzielt verglichen mit anderen kürzeren Formen der Psychotherapie (z.B. KVT, DBT).

Barber et al. (2013) untersuchte mit Analysen und Reviews multiple, unterschiedliche und randomisierte klinische Studien, um die Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie für unterschiedliche Störungen zu testen, unabhängig von der Behandlungsdauer. Sie zeigten, dass Psychodynamische Therapie äquivalent zu alternativen Therapien (z.B. KVT) ist und sogar überlegen, wenn Vergleichskontrollen bei Behandlungsende und bei der Anschlussbehandlung für viele Arten von psychischen Störungen, inklusive Depression (Review über 15 Studien) und Persönlichkeitsstörungen (Review über 13 Studien) angewandt werden. Es ist insbesondere interessant, die Forschung bei der Wirksamkeit der Psychodynamische Therapie bei Angststörungen zu erwähnen, da ihre Behandlung gewöhnlich als die Hochburg der KVT angesehen wird. Barber et al. (2013) werteten acht randomisierte klinische Studien aus und untersuchten die Wirksamkeit der Psychodynamische Therapie für Angststörungen. Für fast alle Angststörungen, die empirisch untersucht wurden, waren psychodynamische Techniken genauso effektiv (und für andere Angststörungen als generalisierte Angststörungen ([GAD] ist Psychodynamische Therapie effektiver) wie alternative Therapien. Jedoch gibt es bei kurzen katamnestischen Zeiträumen den vorläufigen Nachweis, dass für GAD alternative Behandlungen (meist KVT) effektiver als PT sein könnten (Barber et al., 2013). Es kann davon ausgegangen werden, dass KVT-Komponenten während der akuten Phase der Therapie durchgeführt werden müssen, um Symptome abzumildern und einen Rückfall zu verhindern. Es wurde jedoch der Einwand erhoben, dass der Mangel an ausreichender Aufmerksamkeit für interpersonelle Problemen teilweise die Limitierungen der KVT-Behandlungen für GAD erklären könnte (Borkovec, Newman & Castonguay, 2003). Unterstützt wird dieses Argument mittels einer Studie, die aufgezeigt hat, dass der Grad der verbleibenden interpersonellen Probleme nach dem KVT-Einsatz prädiktiv für das Scheitern der Folgeziele (Borkovec, Newman, Pincus & Lytle, 2002) war. Newman et al. (2011) haben in ihrem Versuch, die Wirksamkeit zu verbessern, eine empirische/interpersonelle Komponente zur KVT für den GAD hinzugefügt. Unglücklicherweise waren die Ergebnisse nicht so vielversprechend, möglicherweise weil die Behandlungen nicht integriert waren (z.B. wurden sie bei getrennten Sitzungen eingesetzt).

Ein Patient teilte einmal mit: „Als ich weniger mit den Symptomen beschäftigt war, und die furchtbare Angst, dass ich jeden Moment wieder eine neue Attacke bekommen könnte, abnahm, konnte ich in der Therapie verstehen, was wirklich meine Symptome verursachte, so dass ich die wirklichen Probleme in meinem Leben angehen konnte.“ In der Tat, Studien weisen darauf hin, dass Linderungen von akuten Problemen früh in der Therapie stattfinden sollten, wohingegen Verbesserungen in der Abwehrhaltung möglicherweise später im therapeutischen Prozess stattfinden sollten (z.B. Hersoug, Sexton & Hoglend, 2002).

Zum Abschluss dieses Abschnitts zu Therapiewirkung möchten wir zwei Punkte betonen:

1. Wir glauben, dass nicht alle Formen der Psychotherapie bei einem Patienten funktionieren und noch nicht einmal mit einer spezifischen Gruppe von Patienten. In unserer Ursachenforschung haben wir untersucht, für welche Subgruppe von Patienten Psychodynamische Therapie effektiv ist. Barber, Barret, Gallop, Rynn und Rickels (2012) haben zum Beispiel gezeigt, dass sich minderjährige männliche depressive Patienten besser bei der Inanspruchnahme der Psychodynamische Therapie entwickelten als bei der Verabreichung von Antidepressiva-Medikation oder Placebos, und eine andere Studie zeigte, dass Patienten, die dominanter in ihrer Persönlichkeit waren, größere Verbesserungen in Psychodynamische Therapie zeigten, verglichen mit Patienten, die eher als submissiv charakterisiert wurden (Dinger, Zilcha-Mano, McCarthy, Barrett & Barber, 2013). Dieser Forschungsschwerpunkt, welche Behandlung bei wem wirkt, sollte verstärkt und ausgebaut werden, um zu versuchen, individuell angepasste Formen der Intervention zu entwickeln.
2. Wirksamkeitsforschung muss auf genau festgelegte Populationen fokussiert werden, um sicher zu stellen, dass Ergebnisse repliziert werden können und um sicher zu ermitteln, für welche Art von Patienten Psychodynamische Therapie erfolgreich ist. Wir sind jedoch nicht der Meinung, dass das DSM angewendet werden muss oder ein anderes Klassifikationssystem. Wir legen zum Beispiel nahe, dass Psychodynamische Therapie für Patienten mit „commitophobia!“ gelehrt werden sollte.

Mythos 2: Psychodynamische Therapie (PT) ist nicht ausgerichtet auf und damit nicht effektiv bei Linderung von Symptomen

Ein anderer weit verbreiteter Mythos ist, dass Psychodynamische Therapie keine Symptome lindert, weil es nicht direkt darauf ausgerichtet ist. Ein alter Scherz demonstriert diese verbreitete Behauptung: „Mir geht es zwar immer noch schlecht, aber dank der Therapie weiß ich nun, warum.“ Was sagt die vorliegende Forschung zu diesem Problem? Studien belegen die Wirksamkeit von Psychodynamische

Therapie mit vielfältigen Messergebnissen, einschließlich traditionell erwarteter Ergebnisse der Psychodynamische Therapie wie positive Veränderungen in intrapsychische Strukturen (z.B. Qualität der Objektbeziehungen und Ich-Funktionen; Vinnars, Thormählen, Gallop, Noren & Barber, 2009), Verbesserungen in familiären/sozialen Problemen (z.B. Crits-Christoph et al., 2008), im Wohlergehen und Lebensqualität (Zilcha-Mano, Dinger, McCarthy, Barrett & Barber, 2014) und bei Störungen der Persönlichkeit (z.B. Vinnars, Barber, Noren, Gallop & Weinryp, 2005). Die Wirksamkeit der Psychodynamischen Therapie ist jedoch nicht begrenzt auf diese Ergebnisse, sondern führt auch zur Abnahme von Symptomen für viele Arten von psychischen Störungen, die dem DSM entsprechen. Zum Beispiel lindert Psychodynamische Therapie depressive Symptome (Hilsenroth, Ackerman, Blagys, Baity & Mooney, 2003), Panik-Symptome (Milrod et al., 2007), agoraphobische Symptome (Alstrom, Norlund, Persson, Harding & Ljungqvist, 1984), GAD-Symptome (Crits-Christoph, Connolly, Azarian, Crits-Christoph & Shappell, 1996; Crits-Christoph, Connolly, Gibbons, Narducci, Schamberger & Galopp, 2005), traumatische Symptome (Brom, Kleber & Defares, 1989), somatische Störungen (Abbass, Kisely & Kroenke, 2009) und Kokainmissbrauch (z.B. Crits-Christoph et al., 1999) genauso wie Symptome einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (Bateman & Fonagy, 2009), Symptome einer vermeidende Persönlichkeitsstörung und auch obsessiv-zwanghafte Symptome eine Persönlichkeitsstörung (auch wenn zuletzt genannte eher reduziert werden als vermeidende Symptomatik; siehe Barber, Morse, Krakauer, Chittams & Crits-Christoph, 1997).

Entscheidende Frage: Was macht Psychodynamische Therapie erfolgreich?

Um noch mehr über die Behandlungswirksamkeit zu lernen und um zukünftige Behandlungen zu verbessern, mag es hilfreich sein zu klären: Was genau ermöglicht Veränderung durch Psychodynamische Therapie? Die Untersuchung der Wirkungsweise der Veränderung lässt komplexe Fragen aufkommen. Als eine Möglichkeit, diese komplexen Fragen zu beantworten, werden wir die Interventionen, die mit guten therapeutischen Ergebnissen assoziiert werden, näher betrachten. Im Rahmen dieses Artikels konzentrieren wir uns auf eine vereinfachende Dichotomie und folgende Frage: Was hat die Forschung gezeigt, welche der zwei möglichen Komponenten – die *therapeutische Allianz* oder die *Technik* – bildet die Grundlage für die Veränderung (z.B. Barber, 2009). Wir konzentrieren uns auf diese zwei Komponenten der Therapie, weil sie beachtliche Aufmerksamkeit in der Theorie, Praxis und Forschung gefunden haben und weil die Frage, welche der beiden wirklich von Bedeutung ist, genauso alt ist wie die Psychotherapie selber und von großem Interesse für Kliniker.

1. Behauptung: Eine gute Allianz ist höchst wichtig für den Erfolg der Therapie

Die therapeutische Allianz, auch helfende Allianz, therapeutische Beziehung und Arbeitsbündnis genannt, hat eine lange und kontroverse Geschichte in der Psychoanalyse (Messer & Wolitzky, 2010). Während einige dieses Konzept als eine Abkehr vom Kern der psychoanalytischen Technik der Interpretation sehen (z.B. Brenner, 1979; H.C. Curtis, 1979), haben andere, wie Freud selbst in einigen seiner Schriften, sie als notwendigen Erfolgsfaktor angesehen, der nicht analysiert und als eine Vorbedingung für den kurativen Aspekt der Therapie angesehen werden sollte (z.B. Freud, 1912). Es gibt andere, die das Arbeitsbündnis selbst als therapeutisch ansehen (Zetzel, 1966) und sogar als die eigentliche Essenz des Veränderungsprozesses (Safran & Muran, 2000). Wenn wir einmal quer durch die Psychotherapie-Landschaft schauen, stellt sich die Frage: Ist es nützlich, in Allianz-Begriffen zu denken? In welchem Ausmaß leistet die Allianz einen Beitrag zu erfolgreicher Therapie? Wie kann die Psychotherapieforschung in dieser lebendigen Diskussion einen Beitrag leisten?

In den letzten Jahrzehnten wurden viele Studien über die therapeutische Allianz durchgeführt (z.B. Muran & Barber, 2010). Einer der Gründe für das Interesse an derartiger Forschung war wahrscheinlich die relative Wichtigkeit der therapeutischen Allianz in vielen psychodynamischen Theorien. Ein anderer Grund ist die Konsistenz empirischer Forschungsergebnisse, wie unterschiedliche Therapien hinsichtlich ihrer Effektivität, therapeutische Ziele zu erreichen, dargestellt werden (*Der Dodo Bird Verdict Effekt*²; Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Smith & Glass, 1977; Stiles, Shapiro & Elliott, 1986). Diese Konsistenzen weisen darauf hin, dass bestimmte Variablen, die den unterschiedlichen Psychotherapien gemein sind, möglicherweise einen großen Teil der Verbesserung des Zustandes der Patienten erklären. Viele Forscher und Theoretiker folgerten, dass dies durch die therapeutische Allianz verursacht wurde und somit begann die Erforschung der Allianz stark zuzunehmen. Dieser Trend wurde unterstützt von drei Dekaden empirischer Forschung, die konsistent die Qualität der Allianz zwischen Therapeut und Patient mit Therapiewirksamkeit verbunden hat. Zum Beispiel haben Horvath, Del Re, Flückiger und Symonds (2011) gezeigt, dass die Korrelation zwischen Allianz und Psychotherapiewirksamkeit über 14.000 Behandlungen moderat, aber reliabel ist (.285, erklärt 8% der Varianz). Barber et al. (2013) haben aufgewiesen, dass die durchschnittliche Korrelation in der Psychodynamische Therapie dem genannten Befund entspricht. Basierend auf diesen Ergebnissen haben viele Wissenschaftler postuliert, dass die Allianz ein aktiver Bestandteil der Therapie ist, was bedeutet, dass sie selbst durch und durch therapeutisch ist, und einen Teil der therapeutischen Veränderung vorhersagt oder zumindest erklärt (z.B. Flückiger et al., 2012).

² Entlehnt von *Alice in Wonderland*, wurde Dodo's Urteilsverkündung am Ende des Wettrennens, dass „everybody has won, and all must have prizes“ (alle haben gewonnen und alle müssen Preise bekommen) gemeinhin verwendet um zu demonstrieren, dass es wenige Unterschiede gibt, die signifikant verschiedene Richtungen von Psychotherapie auszeichnen.

Methodische Analysen und Reviews der existierenden Literatur geben jedoch ein komplexeres Bild wieder. In Reviews der empirischen Literatur, die demonstrieren, dass die therapeutische Allianz die Ergebnisse vorhersagt, waren Forscher (z.B. DeRubeis & Feeley, 1990; Barber, Crits-Christoph & Luborsky, 1996; DuBreis, Brotman & Gibbons, 2005) besorgt, dass diese Studien etwas entscheidendes bezüglich des zeitlichen Ablaufs versäumt haben könnten. Um B aus A vorherzusagen, benötigt man A vorausgehend zu B. Mit anderen Worten, die Ursache muss den Ergebnissen und Wirkungen vorausgehen; es ist wichtig, eine Zeitachse zwischen Ursache und Wirkung zu demonstrieren. So muss die Allianz, die von der ersten bis zur letzten Sitzung für die Veränderungen der Symptome verantwortlich ist, vor diesen Veränderungen beobachtet werden. Dieses war jedoch in vielen Studien nicht die Regel. Die meisten Studien untersuchten diese Veränderungen der Symptome von der ersten bis zur letzten Sitzung, wobei die Allianz zwischen der 5 und 10 Sitzung beobachtet wurde. Ist das nur ein methodischer Ausrutscher oder mehr als das?

Aufgrund des Versagens, die benötigte zeitliche Relation zu etablieren, kann eingewendet werden, dass die Allianz eigentlich ein Produkt der Verringerung der Symptome ist und nicht ein Prädiktor. Patienten, die realisieren, dass es ihnen mit Therapiesitzungen besser geht (z.B. aufgrund von Einsichten, die aus erfolgreichen Interpretationen erlangt wurde) mögen ihre Therapeuten als kompetenter und hilfreicher ansehen, und dadurch profitiert die therapeutische Beziehung. In der Tat zeigen empirische Ergebnisse, dass das Ausmaß der frühen Allianz das Produkt vorheriger symptomatischer Veränderungen sein kann (z.B. Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis & Siqueland, 2000) und frühere symptomatische Veränderungen können spätere symptomatische Veränderungen vorhersagen (Crits-Christoph et al., 2001). Ist es möglich, dass das, was wir derzeit als einen Indikator für eine gute Allianz ansehen, einfach Aspekte früher therapeutischer Fortschritte sind, die zum Beispiel aus einem qualifizierten Gebrauch von Interpretationen resultieren? Sagt eine vorherige Minderung von Symptomen beides vorher, die Allianz und die nachfolgende Veränderung der Symptome? Vielleicht ist beides richtig. Wie kann man den zeitlichen Ablauf korrigieren, um die Bedeutung der Allianz zu untersuchen auf die Vorhersage symptomatischer Verbesserungen? Eine Option ist die Verschiebung der Beobachtungszeit auf einem früheren Zeitpunkt, bevor eine Veränderung der Symptome stattgefunden hat. Obgleich es interessant ist die Allianz zu untersuchen, bevor die Therapie begonnen hat (siehe Iacoviello et al., 2007) oder während der ersten Sitzung, dürfte eine solche Studie nicht das gesamte Konzept der Allianz als eine Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem Patienten innerhalb der *gesamten* Therapie erfassen.

Wie können wir diese Schwierigkeit überwinden, ohne ein unangemessenes Risiko beim Gebrauch des Konzeptes der Allianz in Kauf zu nehmen? Zuerst muss sichergestellt werden, dass man Veränderungen in den Behandlungsergebnissen misst, nachdem die Messung der Allianz stattgefunden hat. Zweitens muss man

statistisch die symptomatische Veränderung „säubern“, bevor die Allianz beobachtet wird. Wenn wir nur die Resultate von Studien berücksichtigen, die die korrekte temporale Relation zwischen Allianz und Wirksamkeit zugrunde legen, ist das Resultat überraschender als man erwartet. Lassen Sie uns nun einige dieser Ergebnisse betrachten.

Es scheint, dass die ersten, die die zeitliche Relation korrekt berücksichtigt haben, DeRubeis und Feeley waren (1990; repliziert in Feeley, DuRubeis & Gelfand, 1999); sie untersuchten 25 depressive Patienten, die kognitive Therapie erhielten. Sie stellten fest, dass symptomatische Veränderungen, die vor der Allianz-Messung stattfand, die Allianz vorhersagten. Jedoch sagte die Allianz selbst nicht anschließende Veränderungen in depressiven Symptomen vorher.

Neben den methodischen Mängeln (z.B. kleine Stichprobe), die die Fähigkeit signifikante Ergebnisse in diesen Studien zu entdecken, schmälern könnten, kann ebenso eingewandt werden, dass es theoretisch angemessen ist anzunehmen, dass die Allianz eine weitaus größere Rolle in der Psychodynamischen Therapie spielen könnte als in anderen Therapien. Wenn diese Annahme richtig ist, können wir davon ausgehen, dass die Allianz in der Tat anschließende Veränderung innerhalb der Psychodynamischen Therapie vorhersagt. Zwei Studien mit substanzabhängigen Patienten, die Psychodynamischen Therapie erhielten, könnten Aufschluss darüber geben.

Basierend auf den Ergebnissen von einem Beispiel mit 252 kokainabhängigen Patienten, die unterschiedliche therapeutische Interventionen bekommen haben (kognitive Therapie, dynamische Therapie oder Drogenberatung, Barber et al., 1999), fanden die Forscher keine signifikante Beziehung zwischen Allianz und anschließender Veränderung im Drogengebrauch, unter Berücksichtigung früher symptomatischer Verbesserungen. Ähnliche Resultate wurden in der anschließenden gemeinschaftlichen Kokainbehandlung der randomisierten klinischen Studie des National Institute of Drug Abuse gewonnen (Barber et al., 2001). Hier fanden Forscher ebenfalls keine signifikante Beziehung zwischen Allianz und anschließender Veränderung in Symptomen. Auch wenn in diesen beiden Studien PT angewandt wurde, so kann angenommen werden, dass die Allianz mit einer Population von substanzabhängigen Patienten weniger wahrscheinlich als ein Prädiktor für Wirksamkeit zu verstehen ist, als bei anderen „neurotischen“ Patienten (siehe auch Barber et al., 2008), eine Population, die häufiger in der psychodynamischen klinischen Praxis zu finden ist. Um diese etwas komplexere These zu überprüfen scheint es sinnvoll, eine neurotische Population, die Psychodynamischen Therapie bekommt, zu untersuchen.

In einer Stichprobe „neurotischer“ Patienten, zeigten Barber et al. (2000), dass die Allianz zum Beispiel in der 5. Sitzung von früherer Veränderung der Symptome (von der Aufnahme bis zur 5. Sitzung) vorhergesagt wurde. Trotzdem war die therapeutische Allianz bei PT-Patienten, die nicht substanzabhängig sind, ein Prädiktor für anschließende Veränderung in Symptomen, sogar wenn die Tatsache berücksichtigt wird, dass Allianz selbst durch die frühere symptomatische Verbesserung des Zustandes der Patienten gestärkt wurde. In anderen Worten: Die

Studie zeigte, dass die Allianz die anschließende symptomatische Veränderung gut vorhersagte weit im Voraus der Zustandsverbesserung (vor der Messung der Allianz) anzeigte (Barber et al., 2000; Crits-Christoph, Conolly Gibbons & Mukherjee, 2013).

Ähnliche Ergebnisse haben Klein et al. (2003) aufgezeigt, die ebenfalls eine Gruppe untersuchten, die häufig in psychodynamischer klinischer Behandlung ist: 341 chronisch-depressive Patienten. Diese Patienten erhielten eine Therapie mit dem Namen *Cognitive Behaviour Analysis System of Psychotherapy*, eine integrative KVT mit psychodynamisch interpersonellen Komponenten, in der der Patient eine zeitnahe schmerzliche interpersonelle Situation identifiziert und sie gemeinsam mit dem Therapeuten untersucht (McCullough, 2000). In dieser Studie wurde es ebenfalls erkennbar, dass die Allianz zwischen dem Patienten und Therapeuten als sehr bedeutsam in der Ermittlung der Wirksamkeit angesehen werden kann. Obwohl die letzten beiden Studien vielversprechend belegten, dass mittels Allianz symptomatische Veränderung in PT unabhängig von früheren symptomatischen Verbesserungen vorhergesagt werden kann, sind die Ergebnisse immer noch inkonsistent (z.B. Barber, 2009; Crits-Christoph et al., 2013).

Ein möglichen Ansatz, diese Frage der unterschiedlichen Resultate zu behandeln ist laut Crits-Christoph et al. (2013) der Gebrauch eines methodischen Verfahrens, welches gestattet, die Allianz-Wirksamkeits-Beziehung zu mehr als einem Zeitpunkt während der gesamten Therapie zu beurteilen und dadurch die Untersuchung der umgekehrten Kausalität zwischen Allianz und Symptomen zu ermöglichen (Zilcha-Mano, Dinger, McCarthy & Barber, 2013). Bei einer Stichprobe zeigten unsere Ergebnisse, dass die Allianz der Prädiktor war (und nicht das Produkt) für das nachfolgende symptomatische Ausmaß bei denjenigen depressiven Patienten, die Psychodynamischen Therapie erhielten oder unterstützendes Management mit entweder medizinischer Behandlung oder Placebo. Diese Ergebnisse unterstützen den theoretischen Blick auf die Allianz als einen kurativen Faktor (Rogers, 1951; Norcross, 2002), der therapeutische Veränderung vorhersagt. An diesem Punkt sind weitere Studien notwendig, um zu verstehen, wie die Art der Therapie (Psychodynamischen Therapie vs. anderer Therapien) und die Art der Population (neurotisch vs. anderer Populationen) die kausale Beziehung zwischen Allianz und Wirksamkeit beeinflussen, da dies weitaus komplexer zu sein scheint als es zunächst den Anschein hatte. Eine andere interessante Richtung für zukünftige Studien ist die Frage, wie die Allianz den Erfolg der Therapie beeinflusst, z.B. welcher Mechanismus in diesem Prozess involviert ist?

Bis weitere Studien vorliegen, werden an diesen Punkt einige Vorschläge gemacht zu den zusätzlichen Faktoren, die zu einem besseren Verständnis beitragen könnten hinsichtlich des scheinbar geringen Zusammenhangs zwischen Allianz und Resultaten bei einigen Studien, die die korrekte sequentielle Messung und statistische Analyse angewandt haben. Erstens, die Quote der Patienten, die vorzeitig abgebrochen und mit ihren Therapeuten eine negative oder schwache Allianz ausgebildet haben, könnte die statische Analyse hinsichtlich des Messbereich-Ausmaßes bei Untersuchungen, die zu einem späteren Zeitpunkt in der Therapie durchgeführt wurden,

wesentlich eingeschränkt haben im Vergleich zu den Untersuchungen, die sich nur auf solche Patienten konzentrieren, die eine zufriedenstellende Allianz mit ihren Psychotherapeuten erlangt haben. Das Resultat: eine nur schwache Korrelation zwischen Allianz und Resultat (bzw. eine geringere Korrelation verglichen mit dem Verhältnis, das in Wirklichkeit existiert).

Zweitens, bei der Prüfung die Beziehung zwischen Allianz und Ergebnis ist ebenso wichtig, sich auf potentielle konfundierende Variablen zu beziehen. Zum Beispiel die projizierten Anteile der Allianz, die lange vor der Behandlung begannen, könnten verantwortlich sein für beides, für die symptomatische Veränderung, die oft schon vor der Allianz berichtet wurde genauso wie für die Allianz, verbunden mit der nachfolgenden Veränderung. Einige dieser projizierten Anteile könnten sich in den Erwartungen der Patienten vor der Behandlung über Erfolg in der Therapie und über die Qualität der Allianz, die mit dem Therapeuten gebildet wird, ausdrücken, was die gesamte eigentliche Allianz in der Therapie beeinflusst (Gibbons et al., 2003; Zilcha-Mano et al., 2013; Barber et al., 2014). Andere mögliche damit verbundenen Größen, welche beide, die eingeschätzte Allianz und die symptomatische Veränderung, voraussagen könnten, und daher ihre Verbindung erklärt, könnte die ursprüngliche „Chemie“ zwischen Patient und Therapeut sein, und die Fähigkeit des Therapeuten, ein Selbstobjekt (Kohut, 1984) oder eine sichere Basis (Bowlby, 1988) für bestimmte Patienten zu werden.

Eine dritte Erklärung legt nahe, dass wir uns auf das falsche Ergebnis konzentrieren. Es könnte der Fall sein, dass die Bildung einer guten Allianz in der Therapie wahrscheinlich in durch die Therapie verbesserten Fähigkeiten des Patienten resultieren wird, andere wahrzunehmen und sich auf andere zu beziehen, oder in der Persönlichkeitsänderung, eher als der symptomatischen Veränderung (z.B. bei Depression oder Drogenmißbrauch), was den interpersonellen und intrapersonalen Veränderungen eher nachgeordnet ist.

Selbst wenn die Allianz tatsächlich eine zentrale Rolle spielt, um das therapeutische Ergebnis vorauszusagen, muss man sich fragen, ob eine gute Allianz für eine erfolgreiche Psychotherapie ausreicht. Aufgrund der empirischen Daten, dass der größte Anteil der therapeutischen Veränderung nicht über die Allianz erklärt werden kann (selbst wenn man sich auf spezifische Studien konzentriert, die einen starken Effekt für die Allianz gefunden haben), meinen wir, dass therapeutische Intervention ebenfalls einen wichtigen Einfluss auf das therapeutische Ergebnis haben könnte.

Behauptung 2: Gute Technik ist sehr wichtig für den Therapieerfolg

Zahlreiche Kliniker halten die therapeutische Allianz für den wichtigsten wirksamen Therapiebestandteil über verschiedene Therapieformen hinweg. Nichtsdestotrotz halten andere die einzigartigen, für jeweiligen therapeutischen Orientierungen charakteristischen Kerntechniken für die bedeutendsten Komponenten der Unterstützung der therapeutischen Änderung. Damit werden die therapiespezifischen

Faktoren über allgemeine Faktoren gestellt (vgl., die Allianz; Brenner, 1979; H.C. Curtis, 1979) als Hauptwirkungsfaktor der Veränderung.

Wir Kliniker verbringen ein Großteil unseres Berufslebens damit, unser Repertoire an Techniken auszubauen und zu verbessern. Wir lesen wissenschaftliche Literatur und arbeiten an der Entwicklung unserer klinischen Fertigkeiten. Einige streben danach, ihre Instrumentensammlung zu erweitern und viele Techniken einzuschließen, aus denen die für den spezifische Hilfe suchenden Patienten am besten passende gewählt werden kann. Andere versuchen fortwährend, ihre Kenntnisse und Kompetenz in einer ausgesuchten therapeutischen Orientierung zu vertiefen, um sie beruflich besser einsetzen zu können. Wie auch immer die Wahl ausfällt, investieren die meisten von uns viele Stunden des Berufslebens seit dem Hochschulabschluss in die Verbesserung unserer beruflichen Techniken, und das alles wegen der angenommenen Wichtigkeit von Fertigkeiten und dem Professionalität in der Umsetzung von psychotherapeutischen Techniken. Wir haben den Eindruck, dass wir als Lehrer und Supervisoren dasselbe machen.

Die Umsetzung therapeutischer Techniken bildet das Fundament jeder beruflichen Tätigkeit eines Therapeuten. Es wird diskutiert, ob sie die Kernrolle im Beruf des Psychologen spielt und dabei maßgeblich regelt, was Psychologen tun (z.B. Barnett, 2007). Aber die Frage bleibt: Ist die Implementierung einer therapeutischen Technik während der Behandlung wirklich das, was den Fortschritt bei unseren Patienten verursacht? In Anbetracht dessen, dass Technik solch ein breites Konzept ist, müssen wir, bevor wir uns diesem Problem zuwenden, einige der Methoden erläutern, wie die Technik in der Forschung gemessen wird.

Von der umfassenden Literatur über den Effekt der Technik wird dieser Artikel Einiges von der Forschung abdecken, die sich nur auf zwei sich ergänzende Konzepte des Könnens des Therapeuten konzentriert: Einhaltung der Technik/-Adhärenz und Kompetenz. Adhärenz schließt das Ausmaß ein, in dem die Techniken, die ein Therapeut benutzt, theorienspezifisch und dem spezifischen Behandlungsmanual gemäß nicht verboten sind.

Beispielweise wird in der supportiv-expressiven Therapie bei Depression (von Lester Luborsky (1984) entwickelt, die auch zeitlich begrenzt sein kann), von Therapeuten erwartet, Unterstützung zu leisten. Ein Beispiel einer unterstützenden Technik wird in der Adhärenzbewertung durch einen Item erfasst wie: „Der Therapeut unterstützt den Wunsch des Patienten, die Ziele der Behandlung zu erreichen.“ Außerdem wird von Therapeuten erwartet, expressive Techniken zu verwenden. Items, die expressive Techniken erfassen, sind z.B.: „Der Therapeut richtet Aufmerksamkeit auf Ähnlichkeiten in den früheren und aktuellen Beziehungen des Patienten“; „Der Therapeut bezieht die Art und Weise, wie der Patient gegenüber dem Therapeuten empfindet, darauf wie der Patient gegenüberüber den bedeutenden anderen fühlt, (z.B. Freunde, Chef oder Elternteil)“ oder „der Therapeut bezieht die während der Sitzung erscheinenden Symptome auf verschiedene Komponente der Beziehungsgestaltung, der Probleme oder Konflikte“ (Barber et al., 1996).

Obwohl die Adhärenz in gewissem Maße den Zusammenhang ignoriert, in dem eine Technik durchgeführt wurde, ist diese Kompetenz kontextspezifisch und schließt das

Ausmaß ein, in dem der Therapeut diese Technik fachkundig im passenden Zusammenhang verwendet (in angemessener Zeit, mit Reaktionsbereitschaft und in Kongruenz mit den Eigenschaften und Bedürfnissen des Patienten; z.B. Barber, Sharpless, Klostermann, & McCarthy, 2007; Sharpless & Barber, 2009a). Obwohl Adhärenz und Kompetenz theoretisch abgegrenzt sind, gibt es viele Überschneidungen in deren Bewertung. Bei einigen Bewertungsinstrumenten werden Adhärenz und Kompetenz mit denselben Items abgeschätzt (z.B. Barber u. a. 1996). Andere Messungen haben sich entweder auf Adhärenz oder auf Kompetenz konzentriert (z.B. DeRubeis & Feeley, 1990). Sowohl Adhärenz als auch Kompetenz werden typischerweise durch Beobachtungen von mindestens zwei unabhängigen Experten oder trainierten Raters bewertet, die diese Variablen mit Video- oder Audiotapes aufgenommen haben oder von Therapiesitzungen transkribiert codieren. Diese Methoden sind arbeitsintensiv und zeitaufwendig (für Ausnahmen, die die Bewertung von Außenexperten nicht verlangen, siehe McCarthy & Barber, 2009; Paivio, Holoway & Hall, 2004).

Welche Forschungsergebnisse brachte die Anwendung dieser Instrumente? Ist Technik ein primärer Wirkungsfaktor für die Änderung? Die Meta-Analyse von Webb, DeRubeis & Barber (2010) kombinierte die Ergebnisse von zahlreichen Studien und offenbarte, dass die Studien tatsächlich widersprüchlich und sehr heterogen sind. Sogar die variierenden Typen der Therapie konnten diese Inkonsistenz nicht erklären. Am überraschendsten war aber, dass es keinen Zusammenhang zwischen der Adhärenz oder der Kompetenz und dem Ergebnis der Therapie gab.

Insbesondere scheiterten manche der Studien auf der Suche nach jeglichem Zusammenhang zwischen der Adhärenz an spezifische Therapie und Therapieergebnissen. Zum Beispiel zeigte eine Studie mit trauernden Patienten, die zeitlich begrenzte Psychotherapie bekamen, dass das Vorgehen des Therapeuten keinen signifikanten Zusammenhang mit den Ergebnissen hatte (Horowitz, Marmar, Weiss, DeWin & Rosenbam, 1984). Ähnliche Ergebnisse erzielten Gaston, Pfeifer, Debbane, Bienvu & Garant (1994). Sie zeigten, dass weder explorative noch unterstützende Interventionen einen Einfluss auf Ergebnisse sowohl einer kurzfristigen als auch langfristigen PT mit neurotischen Patienten hatte. Ebenso fanden Barber et al. (1996) in einer Studie zu PT bei Depression keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Adhärenz und Änderung in Depression.

Allerdings wurden in anderen Studien auch unterschiedliche von den oben beschriebenen Tendenzen gefunden. Beispielweise wurde in der Studie von Paivio et al. (2004) ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Adhärenz und einem der gemessenen Ergebnisse gefunden (d. h., verbesserte Entschlossenheit gegen Missbrauch), aber nicht mit anderen Faktoren (z.B., Änderung bei zwischenmenschlichen Problemen, Änderung in trauma-bezogenen Symptomen und eine generelle Checkliste von Symptomen). Noch vielversprechender sind Ergebnisse bezüglich eines positiven Zusammenhangs zwischen Adhärenz und Ergebnis, die aus DeRubeis und Feeleys (1990) Studie resultierten. Die Autoren entdeckten, dass die Adhärenz mit der kognitiven Therapie die Änderung in depressiver Symptomatik voraussagte.

Obwohl diese Studien Beweise erbringen, dass in einigen Fällen ein höheres Niveau der Adhärenz bessere Ergebnisse liefert, gibt es auch Befunde, die genau das Gegenteil belegen: Es gibt einige Beweise, die zeigten, dass stärkere Adhärenz in weniger günstigen Ergebnissen resultierte. In der klinischen Arbeit könnte das der Überraschung entsprechen, die man fühlt, wenn man begreift, dass seine oder ihre Patienten (oder supervidierte Patienten) auf eine Intervention auf eine Art und Weise reagieren, die völlig verschieden ist von dem, was man erwartet hatte. Schauen wir uns ein Beispiel aus der Forschung an. In einer Studie mit Kokainabhängigen fanden Barber et al. voraussagte, (2008) heraus, dass die stärkere Adhärenz mit den psychodynamischen Techniken ein signifikant schlechteres Therapieergebnis in der Relation zum nachfolgenden Kokainmissbrauch voraussagte. Mit anderen Worten waren Patienten schlechter dran in Bezug auf Kokainmissbrauch, wenn Therapeuten allgemein die psychodynamischen Techniken einhielten.

Diese gemischten Ergebnisse könnten darauf hindeuten, dass insgesamt die Adhärenz und Therapieergebnisse einfach in keinem Zusammenhang stehen und die einzigen gefundenen signifikanten Zusammenhänge lediglich zufällig entstanden sind. Jedoch legt die Heterogenität der Befunde, wie im Webb u. a. (2010) Metaanalyse hingewiesen, nahe, dass das Bild komplex ist, und dass wir von Betrachtung der zusätzlichen Variablen profitieren werden, im Erklärungsversuch, warum dieser Zusammenhang in einigen Studien/Situationen, aber nicht in anderen gefunden wurde.

Mehrere Ausführungen versuchten, den fehlenden positiven Zusammenhang zwischen der Adhärenz an eine spezifische therapeutische Orientierung und den Therapieergebnissen zu erörtern (siehe Webb et al., 2010). Eine Erklärung deutet darauf hin, dass andere unbeabsichtigte therapeutische Orientierungen sich ins Therapiezimmer „einschleichen“ und einen Einfluss auf Ergebnisse haben könnten. Therapeuten in klinischen Versuchen wurden gebeten, nur eine spezifische, vorher bestimmte, therapeutische Orientierung zu verwenden, damit ihre Wirksamkeit (in ihrer „Prototyp“-Version) mit anderen therapeutischen Orientierungen verglichen werden kann. Studien zeigen, dass, obwohl sich verschiedene Therapiearten voneinander in den verwendeten Techniken unterscheiden, es so zu sein scheint, dass sie selbst untereinander abweichen, und das passiert öfter, als man denken könnte (Ablon & Jones, 2002). Therapeuten verwenden eine Vielfalt von Interventionen bei ihren Patienten, von denen einige vielleicht nicht mit ihrer vorgeschriebenen Behandlungsorientierung übereinstimmen. In einer Überprüfung war zum Beispiel die Adhärenz bei den psychodynamischen Therapeuten zu ihren psychodynamischen Instrumenten tatsächlich befriedigend. Wenn man aber die Adhärenz von psychodynamischen Therapeuten zu anderen Interventionen, wie die individuelle Drogenberatung, untersuchte, war sie gleichwohl keineswegs unwesentlich (Barber, Foltz, Crits Christoph, & Chittams, 2004; Friseur u. a. 2008). Mit anderen Worten zeigten diese Studien, dass die Therapeuten in der Orientierung eklektischer waren, als sie es vorhatten (siehe auch Ablon & Marci, 2004).

Barber et al. (2008) verwendeten Adhärenzskalen von verschiedenen Therapieformen, um den Gebrauch von verschiedenen Techniken in PT bei Kokain-

abhängigkeit abzuschätzen. Sie zeigten, dass die Patienten verbesserte Ergebnisse aufwiesen, wenn sich die Adhärenz zu individueller Drogenberatung vergrößerte und die Adhärenz an der unterstützend-expressiven dynamischen Therapie verkleinerte. Man kann deshalb schlussfolgern, dass es Vorteile für die Verwendung aktiver lenkender Interventionsmethoden im Rahmen von Psychotherapie in den ersten Stufen des Arbeitens mit Kokainabhängigen gibt, gegenüber dem Versuch, den Patienten zu helfen, die Gründe für ihren Drogenkonsum während dieser frühen Phasen der Behandlung zu verstehen (d. h., während sie noch die Drogen konsumieren). Für jene Patienten, die Abstinenz in den frühen Stufen der Therapie erreichen, ist Psychotherapie tatsächlich wirksamer und erzeugt Ergebnisse, die mit einer der wirksamsten Behandlungen für Drogenabhängige - individuelle Drogenberatung - vergleichbar sind (Crits-Christoph et al. 2008). Man kann spekulieren, dass es, wenn wir uns von typischen Klienten der Psychotherapie (Drogenabhängige, Patienten mit Panikstörungen) entfernen, umso mehr zu Abweichungen kommen kann (Barber et al. 2004, 2008; Ablon, Levy, & Katzenstein, 2006). Kurz gesagt, der Gebrauch von den außertherapeutischen Interventionen ist vielleicht einer der Gründe für den Mangel an einem konsistenten Zusammenhang zwischen Adhärenz an spezifischer therapeutischen Orientierung und Therapieergebnissen; diese „verstohlenen“ therapeutischen Interventionen handeln als wirksame Faktoren, die für die Förderung der positiven Änderung beim Patienten verantwortlich sind (Ablon & Marci, 2004).

Eine andere mögliche Erklärung besteht darin, dass wir uns auf Messungen von kompletten Behandlungsverfahren, aber nicht auf spezifische Interventionen konzentriert haben. Zum Beispiel könnte man den Einfluss von Übertragungsinterpretationen auf die Resultate bei Patienten und nicht die Wirkung der kompletten Psychotherapie erforschen.

Einige psychotherapeutische Techniken erhielten bereits die empirische Unterstützung für ihren vorteilhaften Einfluss auf Patienten. Zum Beispiel hatte die Exploration des Affektes durchweg einen positiven Zusammenhang mit positiven Resultaten der Psychotherapie (für eine Meta-Analyse, siehe Diener, Hilsenroth, & Weinberger, 2007). Jedoch wurde auch festgestellt, dass nicht alle untersuchten PT-Techniken förderlich waren. Obwohl viele Therapeuten beispielweise glauben, dass gute Interpretationen die Wirkfaktoren der Änderung in Psychotherapie sind, ist der zu häufige Gebrauch von Zwischeninterpretationen mit schlechteren therapeutischen Ergebnissen verbunden (für eine Übersicht, siehe Barber u. a. 2014). Diese Ergebnisse könnten legen nahe, dass wenige zielgerichtete Interpretationen besser sind als ihr häufiger Gebrauch (z.B., die Rolle von „hohes Risiko, hoher Gewinn“; Gabbard u. a. 1994). Eine andere Möglichkeit ist, dass Interpretationen lediglich für jenen Teil von Patienten nützlich sind, die eine starke Verbindung mit ihren Therapeuten haben. Weitere Forschung ist erforderlich, um die Beziehung zwischen spezifischen PT Techniken und Ergebnissen gründlich zu verstehen.

Eine weitere mögliche Erklärung für den Mangel an konsistenten positiven Zusammenhänge zwischen Adhärenz und Therapieresultaten besteht darin, dass eine andere Art vom Zusammenhang existiert, als derjenige, der üblicherweise auf

diesem Gebiet untersucht wurde. Obwohl viele Studien überprüften, ob mehr Adhärenz zu besseren Resultaten führt (eine lineare Beziehung), nahmen Pfeifer, Azim, Joyce und McCallum (1991) und Barber et al., (2006) an, dass Therapeuten, die zu rigide (hohe Adhärenz) oder zu amateurhaft (niedrige Adhärenz) sind, nicht so wirksam sein konnten, wie diejenigen mit einem moderaten Adhärenzniveau (kurvilinearer Zusammenhang). Barber et al. (2006) berichteten, dass ein moderates Maß der Adhärenz in einem Versuch mit kokainabhängigen Patienten eine positive Wirkung auf Therapieresultate hatte (für ähnliche Ergebnisse eines kurvilinearen Zusammenhangs, siehe auch Huppert et. al. 2001). Obwohl es in zukünftigen Studien gezielt untersucht werden muss, ist es möglich, dass ein moderates Maß an Adhärenz die Flexibilität oder Reaktionsbereitschaft beim Therapeuten impliziert, zwei zusätzliche Variablen, die von großer Bedeutung und Relevanz für Kliniker sein könnten.

Ein zugehöriger Aspekt, die Kompetenz, mit der der Therapeut die Behandlung durchführt, kann uns auch helfen, die inkonsistenten Ergebnisse in Bezug auf den Zusammenhang zwischen Adhärenz und Therapieresultaten zu verstehen. Zwei Therapeuten, die mit derselben therapeutischen Orientierung auf demselben Niveau adhären, können praktisch sehr verschiedene Leistungen im Therapiezimmer liefern. Einer könnte besser auf Bedürfnissen von Patienten in der rechten Zeit und in dem passenden Zusammenhang reagieren, (Stiles, Shapiro, & Elliott, 1986; Zauntritte, 2009), wohingegen der andere sich eher roboterhaft und rigide verhält. Deshalb kann spekuliert werden, dass ein fähiger Therapeut bessere Behandlungsergebnisse erreichen kann, als ein unfähiger, selbst wenn sie beide mit derselben therapeutischen Orientierung und auf demselben Niveau adhären. Unabhängig davon wie intuitiv es scheinen mag, ist es dann wichtig, sich auf die Angemessenheit, mit welcher die Techniken umgesetzt wurden, zu beziehen?

Barber et al. (1996) berichteten, dass es die relativ kompetente Durchführung von expressiven (erläuternden) psychotherapeutischen Techniken und nicht ihre Frequenz (d.h., Adhärenz), die für die Voraussage der nachfolgenden symptomatischen Verbesserung von Patienten kritisch war, selbst nachdem sie andere Variablen wie die Qualität der therapeutischen Allianz und symptomatische Verbesserung in der frühen Behandlung in Betracht gezogen hatten. Bei einer ähnlichen mit einer depressiven Patientenpopulation präsentierten Shaw et al. (1999) ähnliche Ergebnisse für kognitive Therapie. Sie zeigten, dass die kompetente Durchführung der kognitiven Therapie mit guten Ergebnissen bei depressiven Patienten im Zusammenhang stand. Die Kompetenz in der Durchführung der Therapie kann jedoch die therapeutische Änderung unterschiedlich beeinflussen, abhängig davon, welche spezifischen Patienten behandelt wurden (Webb u. a. 2010). Die kompetente Behandlungsdurchführung war ein wichtiger Wirkfaktor bei den depressiven Patienten, aber nicht bei Kokainabhängigen (Barber et al, 2008).

Es kann vernünftig erscheinen, dass bei einigen Patientenpopulationen das Kompetenzniveau des Therapeuten mehr Einfluss hat, als bei den anderen. Unter Berücksichtigung möglicher Gründe für die Inkonsistenz, die in der sich mit Adhärenz und Kompetenz befassenden Literatur gefunden wurde, sollten auch einige

methodologische Faktoren betrachtet werden (für eine volle Diskussion über dieses Thema siehe Barber et al. 2007). Um nur einige zu nennen, könnten die Eigenschaften der Therapeuten in den Studien den Einfluss der Adhärenz und Kompetenz auf Therapieresultate maskieren. Genauer gesagt, um die Chance zu vergrößern, einen Zusammenhang zwischen jenen Konzepten und Ergebnissen zu finden, muss man Therapeuten mit einer Reihe von Fähigkeiten berücksichtigen. Wenn nur unerfahrene oder sehr erfahrene Therapeuten berücksichtigt werden, kann es zu einer Bereichseinschränkung und deshalb zu einem Zusammenhangsmangel zwischen der Kompetenz und Therapieresultaten führen. Tatsächlich waren die Therapeuten in sorgfältig geführtem, kontrollierten und randomisierten Versuchen hoch erfahren und kompetent (für eine Ausnahme, die sich auf Änderungen in der Kompetenz von Fachleuten konzentrierte, siehe Milne, Baker, Blackburn, James, & Reichelt, 1999). In jenen Studien wurden Therapeuten mit großer Sorgfalt ausgewählt, trainiert und bei der Durchführung der Therapie beobachtet, besonders hinsichtlich der Adhärenz und Kompetenz (Webb u. a. 2010). Das kann zumindest einigermaßen den Mangel an einem klaren Zusammenhang zwischen Adhärenz und Therapieresultaten erklären.

Eine andere Erklärung für den Mangel an einem klaren Zusammenhang zwischen Adhärenz und Therapieresultaten kann darin bestehen, dass wir uns auf die falschen Ergebnisse konzentrieren. Ähnlich, wie es in den Studien zur therapeutischer Allianz der Fall gewesen ist, kann es sein, dass in zukünftigen Studien eine bessere Verknüpfung zwischen den Techniken (und dem ihnen unterliegenden Mechanismus der Änderung) und den Therapieresultaten erforderlich ist, auf die sich Forschung konzentrieren sollte. Obwohl es zum Beispiel sinnvoll erscheint, dass die hohe Adhärenz an einer auf Symptome fokussierten Vorgehensweise bessere Therapieergebnisse bei kurzzeitiger Behandlung des Kokainabhängigkeit bringt, könnte es sein, dass die größere Adhärenz an eine psychodynamische Orientierung in einer tiefen und anhaltenden Änderung der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen resultieren wird. Das wurde in einer Studie von Crits-Christoph et al. (2008) angedeutet. Sie zeigte, dass sich die psychodynamische Therapie ein Jahr nach der Beendigung der individuellen Drogenentzugsberatung bei Änderungen von familiären und sozialen Problemen überlegen war. Kliniker im Einsatz können helfen, basierend auf ihrer angesammelten Erfahrung die gewünschten Ergebnisse der Forschung zur psychodynamischen Therapie zu verbessern sowie den erwarteten Zusammenhang zwischen spezifischen psychodynamischen Techniken und gewünschter Änderung zu klären.

Behauptung 3: In Wirklichkeit sind Technik und Allianz verflochten und können nicht getrennt werden

Beim Vergleich der Fähigkeit bzgl. der Technik und der Allianz in der Wirkung auf die therapeutische Änderung (d.h. im Vergleich der Effekte), scheint es, dass die Allianz einen größeren Beitrag zu den Ergebnissen hat (z.B. Martin, Garske, & Davis, 2000; Webb u. a. 2010; Fluckiger et al. 2012). Wenn diese Ergebnisse in weiteren Studien

repliziert und statistische, methodologische und begriffliche Mängel überwunden werden, kann das die Zukunft der Psychotherapieausbildung beeinflussen. Insbesondere sollte mehr Wert auf die Allianz im Auswahlverfahren, der Schulung und der Überprüfung für die Berufspraxis der zukünftigen Generationen von Klinikern gelegt werden (z.B. Sharpless & Barber, 2009b).

Bevor wir jedoch behaupten, dass die Allianz wichtiger sei, soll diskutiert werden, ob Allianz und Techniken verflochten und beide notwendig sind, um eine erfolgreiche Therapie (Barber, 2009) zu beschreiben. Von einer theoretischen Perspektive ausgehend, könnte die Allianz die Reaktionsbereitschaft des Therapeuten auf Bedürfnisse des Patienten bei der Umsetzung von Techniken ermöglichen und sie deshalb erleichtert (Gaston, Thompson, Gallagher, & Gagnon, 1998). Andererseits kann sich der Patient mehr oder weniger dagegen sträuben, abhängig von seiner oder ihrer Allianz mit dem Therapeuten, sich auf den Prozess einzulassen. Einige behaupten, dass eine positive Allianz nicht oder nicht an sich heilend ist. Sie könnte eher als die Zutat gesehen werden, die es dem Patienten ermöglicht, die Techniken der Behandlung vertrauensvoll zu akzeptieren und ihnen zu folgen (Bordin, 1980). Im Laufe der Jahre haben Therapeuten ihre Techniken zum Herstellen und Unterstützen der therapeutischen Allianz und zum Abwenden von Problemen, die eine wirksame Allianz stören, entwickelt (z.B. Crits-Christoph, Crits Christoph, & Connolly Gibbons, 2010).

Etwas direktere Untersuchungen der Reziprozität zwischen Technik und Allianz in der Bestimmung der Therapieergebnisse stammen aus einer Studie von Owen, Marotte, Hilsenroth, und Rodolfa (2012), die die Wechselwirkungen zwischen den Ansichten der Patienten über die Technik ihrer Therapeuten und der Allianz in der Vorhersage von Nutzen nach der kurzen, normal stattfindenden Therapie untersuchte, (wo Therapeuten im Vergleich zu randomisierten kontrollierten Studien im Gebrauch von Techniken integrativer sein können). Sie fanden heraus, dass Patienten, die berichteten, dass ihre Therapeuten mehrere psychotherapeutische Techniken gebrauchten, größeren Nutzen nach den Sitzungen hatten, wenn sie von starker Allianz mit ihren Therapeuten berichteten, im Vergleich zu Patienten, die angaben, dass ihre Therapeuten mehrere psychotherapeutische Techniken verwendeten, jedoch mit einer schwächeren Allianz arbeiteten. Eine andere Studie von R. Curtis, Feld, Knaan-Kostman und Mannix (2004) zeigte die Bedeutung von sowohl der Allianz als auch von Techniken in einer Stichprobe von Psychoanalytikern, die über ihre eigenen Erfahrungen in der Analyse berichteten. Konsistent mit der klinischen Erfahrung weisen diese Ergebnisse darauf hin, dass die Einhaltung der Technik und die therapeutische Allianz voneinander abhängig und zusammenhängend für die Prognose des Erfolgs einer Therapie sind. Jedoch kann das spezifische Muster vom Zusammenhang zwischen Technik und Allianz in der Vorhersage von Ergebnissen abhängig von der spezifischen Patientenpopulation differieren. Zum Beispiel beobachteten Barber et al. (2008), dass in einer Stichprobe von kokainabhängigen Patienten eine starke Allianz kombiniert mit Nutzung des niedrigeren Levels von psychotherapeutischen Techniken (im Vergleich mit moderaten oder höheren Niveaus) mit besseren Ergebnissen einherging.

Fazit

Im Laufe der Jahre arbeiteten Wissenschaftler unermüdlich, um die Forschung an psychodynamischen Konstrukten zu erleichtern, indem sie diese Konstrukte durch Konzepte operationalisierten, die getestet werden können. Wir stehen jetzt vor der nicht weniger wichtigen Herausforderung, das, was wir in diesen Studien lernten, zurück zu übersetzen, um die klinische Arbeit praktisch zu bereichern. Diese spezielle Aufgabe ist sicher ein weiterer Schritt in der gemeinschaftlichen Anstrengung, eine gemeinsame Sprache zwischen Praxis und Forschung zu schaffen, mit dem gemeinsamen Ziel, den Patienten zu nutzen. Wir glauben, dass, wenn auch noch viel zum Erforschen bleibt, Kliniker die Forschungsergebnisse nutzen und diese in Verbindung mit ihren theoretischen Kenntnissen und ihrer klinischen Erfahrung als einen Kompass an den Knotenpunkten in der Entscheidungsfindung für die Behandlung anwenden können. Wie schon erwähnt, können Kliniker zum Beispiel in der Arbeit mit von Substanz-abhängigen Patienten überlegen, aktive Techniken in der frühen Phase der Behandlung zu verwenden (d.h. während Patienten noch die Drogen konsumieren), um den Gebrauch zu reduzieren, und dadurch die erforderlichen Bedingungen für die tiefgründige Arbeit an emotionalen Einsichten sowie an innerseelischen und zwischenmenschlichen Änderungen zu erschaffen (Friseur et al. 2008). Das ist nur ein Beispiel dafür, wie empirische Ergebnisse, die auf den Erfahrungen von zahlreichen Therapeuten, Patienten und externen Beobachtern basieren, für die therapeutische Änderung genutzt werden können. Erhältlich sind schon jetzt Praxis-relevante Lehrbücher und Artikel, die die modernsten forschungsbasierten psychodynamischen Empfehlungen präsentieren; diese können Kliniker nutzen, um eine weitere Optimierung des Wohlbefindens ihrer Patienten zu erreichen (z.B. Sommer & Barber, 2009; Weiner & Bornstein, 2009).

Zusätzlich zur Umsetzung von empirischen Ergebnissen in der Praxis können Forschungsinstrumente auch klinische Arbeit verbessern, indem sie in den Ausbildungs- und Trainingsprozess von künftigen und erfahrenen Klinikern integriert werden (Sharpless & Barber, 2009b). Vorhandene Forschungsinstrumente könnten eine wichtige Rolle im individuellen Reflexionsprozess und in der Supervision spielen. In Anbetracht der empirischen Ergebnisse, die demonstrieren, dass Therapeuten dazu neigen, unbeabsichtigte Techniken in die von ihnen durchgeführten Therapien einzubauen (Barber et al., 2004), könnte beispielsweise in jeder Sitzung ein systematisches Instrument zur Selbstreflexion für die spezifische Technik benutzt werden, wie eine kürzlich entwickelte „Multitheoretische Liste der Therapeutischen Interventionen“ (MULTI; McCarthy & Barber, 2009). Das kann für unsere lebenslänglichen Training- und Lernprozesse einen hohen Beitrag leisten. Die MULTI bewertet Interventionsformen von acht verschiedenen psychotherapeutischen Orientierungen (Verhaltenstherapie, kognitive, dialektisch-behaviorale, interpersonale, personenzentrierte, psychodynamische, prozess-erlebnisorientierte

Psychotherapie und allgemeine Wirkfaktoren). Therapeuten werden eingeladen, den reflexiven Prozess zu erfahren, indem sie dem Link unten folgen und anonym Fragen bezüglich einer spezifischen Sitzung beantworten. Sie bekommen dann ein unmittelbares Feedback über die einzelnen Techniken, die in der Sitzung verwendet wurden. Da die verwendete Sprache nicht wissenschaftlich ist, werden überdies auch Patienten eingeladen, dieses Instrument zu nutzen.

Obwohl es große Entwicklungen in letzten Jahrzehnten in der Erforschung von PT gab, muss noch viel mehr getan werden. Es ist angemessen zu erwarten, dass die Entwicklung von fortgeschrittenen methodologischen und analytischen Methoden den Forschern ermöglicht, tieferes und exakteres Verständnis zu erreichen. Diese Änderungen finden bereits statt, beispielsweise im vorherrschenden Gebrauch von fortgeschrittenen quantitativen statistischen Methoden sowie in der „experience-near“ Methodologie, wie das Narrativ in der Psychotherapieforschung (z.B., Goncalves & Stiles, 2011). Es scheint zudem eine engere Verbindung zwischen neuen pathologischen Modellen und von ihnen abgeleiteten spezifischen Interventionen zu geben.

Jedoch kann der wesentlichste Beitrag zur Zukunft der psychotherapeutischen Forschung von Ihnen, lieber Leser, abhängen. Wenn auch die Studien, die bisher vollendet wurden, sehr vielversprechende Unterstützung für die Wirkung von Psychotherapie zeigten, können mehr Studien zu Psychotherapie notwendig sein, damit Psychotherapie zu einer gut etablierten Behandlung wird. Ergänzend zu den randomisierten kontrollierten Versuchsanordnungen, die die Wirksamkeit sowie den Mechanismus untersuchen, die der therapeutischer Änderung zu Grunde liegt, ist die große Stichprobe von Behandlungen, in denen naturalistische Psychotherapie durchgeführt wird, von großer Bedeutung (z.B. Barber, 2009). Jeder einzelne Leser dieser Zeitschrift kann zur Vollendung dieses Ziels durch die Teilnahme an den Feldstudien in Psychotherapie beitragen, indem er die Autoren kontaktiert.

Wir als psychodynamische Therapeuten, die die in diesem Artikel präsentierten Studien reflektierten, sind auf viele weiteren Fragen gespannt: Erstens, welche psychodynamische Technik erzielt bessere Ergebnisse bei verschiedenen Typen von Patientenproblemen, Bedürfnissen und Persönlichkeitseigenschaften? Gibt es Patienten, die mehr von einer auf der Selbst-Psychologie basierenden Therapie profitieren, und andere, denen eine Objektbeziehungs- oder relationale Therapie mehr zugutekommt (siehe Sommer & Barber, 2010)? Und vielleicht, zusammen mit der Möglichkeit, dass psychodynamische und kognitive Verhaltenstherapien zu verschiedenen Ergebnissen führen, könnte es sein, dass verschiedene psychotherapeutische Orientierungen in ihrem Einfluss auf die Psyche des Patienten variieren und dadurch auf sein interpersonales Leben einwirken. Zweitens könnten ähnliche Fragen zur Erläuterung und Erweiterung auf die therapeutische Allianz angewandt werden. Wenn man gefragt wird, sich selbst in der Fähigkeit zu Herstellung einer therapeutischen Allianz einzuschätzen, würden viele (oder sogar die meisten) Therapeuten antworten, dass sie besser als der Durchschnitt sind. Wenn wir jedoch auf die Struktur der Allianz in der Konzeptualisierung von Bordin (1979) blicken (die in der Gestaltung einiger Instrumente benutzt wurde), können wir

fragen, wie gut ein Therapeut im Aufbau von gemeinsamen Zielen oder in Gestaltung der Akzeptanz und Anerkennung des therapeutischen Prozess ist. Wir könnten ferner fragen, wie gut ein Therapeut in expliziter Diskussion der nonverbalen Kommunikation des Patienten, in der Interpretation des Kernkonflikts oder in der Behebung der unvermeidlichen Brüche und der Besprechung von Patienten-Therapeuten-Beziehung ist. Wir könnten auch fragen, ob diese geistigen Fähigkeiten unterschiedlichen Einfluss auf das Therapieergebnis haben. Die praktischen Implikationen dieser Fragen für das Training und den Professionalisierungsprozess sind klar. Drittens kann der Leser bei der Vertiefung des Konzepts der Allianz noch klarer den Zusammenhang zwischen Allianz und Technik erkennen, und es kann dann hart erscheinen, sie zu trennen. Zweifellos bleibt noch viel aufregende Arbeit in PT zu tun. Um weiter diese komplizierten und umfangreichen Konzepte zu untersuchen, sind mehr Studien notwendig, und Feldstudien im Anschluss an die Behandlungen von Klinikern in der Praxis können mehr Licht auf dieses Gebiet werfen.

Wir stimmen mit Stricker (1992) überein, dass Wissenschaft und Praxis gegenseitig von dem systematischen Wissenskanon abhängig sind, zu dem wir alle verpflichtet sind, einen Beitrag zu leisten, indem wir das gemeinsame Ziel teilen, das Leben und Wohlbefinden von Patienten zu verbessern. Wenn Science-Fiction die Wissenschaft beeinflussen konnte (z.B. Verne, 1886), ist es Fiktion zu glauben, dass Therapie wirksame Forschung erleichtern und wirksame Forschung zu wirksamerer Therapie beitragen kann?

In diesem Artikel diskutierten wir zentrale und klinisch praktische Fragen, die mit der Wirksamkeit von Psychotherapie und ihren Wirkmechanismen verbunden sind. Wir beschrieben auch einige unserer Diskussionsbeiträge zu diesen Fragen mit der Hoffnung, dass sie unter den Lesern einen wachsenden Wunsch hervorrufen, das Wissen darüber zu erweitern. Die erwähnten Studien wurden zur Veranschaulichung des Beitrags der Forschung der von den Klinikern angebotenen Psychotherapie benutzt und sind kein umfassendes Review der zugehörigen Literatur oder auch nur eines repräsentativen Teils davon.

Viele von uns haben eine innere Aufsicht, seien es spezifische Bilder, die uns in der Vergangenheit begleiteten, sei es ein Mosaik von unserer Erfahrung kombiniert mit der Erfahrung von einflussreichen Anderen. Stellen Sie sich vor, dass Sie zu jedem Zeitpunkt der Therapie, zusätzlich zu Ihrem eigenen Fallkonzept, auch die klinische Erfahrung von Dutzenden von gut ausgebildeten psychodynamischen Therapeuten zur Beratung erhalten würden. Das scheint einer der Beiträge der Psychotherapieforschung und ihres Versprechens an Kliniker zu sein.

Literatur

- Abbass AA, Hancock JT, Henderson J, Kisely S (2006) Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. The Cochrane database of systematic reviews:CD004687
- Abbass A, Kisely S, Kroenke K (2009) Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. Systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Psychotherapy and psychosomatics* 78:265–274
- Ablon JS, Jones EE (2002) Validity of Controlled Clinical Trials of Psychotherapy; Findings From the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *AJP* 159:775–783
- Ablon JS, Levy RA, Katzenstein T (2006) Beyond brand names of psychotherapy: Identifying empirically supported change processes. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 43:216–231
- Ablon JS, Marci C (2004) Psychotherapy process: the missing link: comment on Westen, Novotny, and Thompson-Brenner (2004). *Psychological bulletin* 130:664–68; author reply 677–83
- Alström JE, Nordlund CL, Persson G, Ljungqvist C (1984) Effects of three non-insight-oriented treatment methods on agoraphobic women suitable for insight-oriented psychotherapy. *Acta psychiatrica Scandinavica* 70:18–27
- Barber JP (2009) Toward a working through of some core conflicts in psychotherapy research. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research* 19:1–12
- Barber JP, Barrett MS, Gallop R, Rynn MA, Rickels K (2012) Short-term dynamic psychotherapy versus pharmacotherapy for major depressive disorder: a randomized, placebo-controlled trial. *The Journal of clinical psychiatry* 73:66–73
- Barber JP, Connolly MB, Crits-Christoph P, Gladis L, Siqueland L (2000) Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68:1027–1032
- Barber JP, Crits-Christoph P, Luborsky L (1996) Effects of therapist adherence and competence on patient outcome in brief dynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64:619–622
- Barber JP, Foltz C, Crits-Christoph P, Chittams J (2004) Therapists' adherence and competence and treatment discrimination in the NIDA Collaborative Cocaine Treatment Study. *Journal of clinical psychology* 60:29–41
- Barber JP, Gallop R, Crits-Christoph P, Frank A, Thase ME, Weiss RD, Beth Connolly Gibbons M (2006) The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counseling; Results from the National Institute Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Psychotherapy Research* 16:229–240

- Barber JP, Gallop R, Crits-Christoph P, Barrett MS, Klostermann S, McCarthy KS, Sharpless BA (2008) The role of the alliance and techniques in predicting outcome of supportive-expressive dynamic therapy for cocaine dependence. *Psychoanalytic Psychology* 25:461–482
- Barber J, Luborsky L, Crits-Christoph P, Thase M, Weiss R, Frank A, Onken L, Gallop R (1999) Therapeutic Alliance as a Predictor of Outcome in Treatment of Cocaine Dependence. *Psychotherapy Research* 9:54–73
- Barber JP, Luborsky L, Gallop R, Crits-Christoph P, Frank A, Weiss RD, Thase ME, Connolly MB, Gladis M, Foltz C, Siqueland L (2001) Therapeutic alliance as a predictor of outcome and retention in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69:119–124
- Barber JP, Morse JQ, Krakauer ID, Chittams J, Crits-Christoph K (1997) Change in obsessive-compulsive and avoidant personality disorders following time-limited supportive-expressive therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 34:133–143
- Barber JP, Muran JC, McCarthy KS, Keefe RJ (2013) Research on psychodynamic therapies. In M. J. Lambert (Hrsg), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. NY: Wiley, New York, S. 443-494
- Barber JP, Sharpless BA, Klostermann S, McCarthy KS (2007) Assessing intervention competence and its relation to therapy outcome; A selected review derived from the outcome literature. *Professional Psychology: Research and Practice* 38:493–500
- Barber JP, Zilcha-Mano S, Gallop R, Barrett M, McCarthy KS, Dinger U (2014) The associations among improvement and alliance expectations, alliance during treatment, and treatment outcome for major depressive disorder. *Psychotherapy research : Journal of the Society for Psychotherapy Research* 24:257–268
- Barnett JP (2007) Mastering the art of psychotherapy: Learning from a master psychotherapist [Review of the video *Cognitive-Behavioral Psychotherapy* by D. Meichenbaum]. *Contemporary Psychology: APA Review of Books* 52(38), article 17
- Bateman A, Fonagy P (2009) Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 166:1355–1364
- Bordin ES (1980) A psychodynamic view of counseling psychology. *Counseling Psychologist* 9:62–70
- Borkovec TD, Newman MG, Castonguay LG Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrations from interpersonal and experiential therapies. *CNS Spectrums* 8:382–398

- Borkovec TD, Newman MG, Pincus AL, Lytle R (2002) A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70:288–298
- Bowlby J (1988) *A secure base; Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books, New York
- Brenner C (1979) Working alliance, therapeutic alliance, and transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 27:137–157
- Brom D, Kleber RJ, Defares PB (1989) Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 5:607–612
- Concalves MM, Stiles WB. (2011) Narrative and psychotherapy: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research* 21(1): 1-3
- Crits-Christoph P, Connolly MB, Azarian K, Crits-Christoph K, Shappell S (1996) An open trial of brief supportive-expressive psychotherapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 33:418–430
- Crits-Christoph P, Connolly MB, Gallop R, Barber JP, Tu X, Gladis M, Siqueland L (2001) Early Improvement During Manual-Guided Cognitive and Dynamic Psychotherapies Predicts 16-Week Remission Status. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research* 10:145–154
- Crits-Christoph P, Connolly Gibbons MB, Gallop R, Narducci J, Schamberger M (2005) Interpersonal Problems and the Outcome of Interpersonally Oriented Psychodynamic Treatment of GAD. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 42:211–224
- Crits-Christoph P, Connolly Gibbons MB, Gallop R, Ring-Kurtz S, Barber JP, Worley M, Present J, Hearon B (2008) Supportive-Expressive Psychodynamic Therapy for Cocaine Dependence: A Closer Look. *Psychoanalytic psychology : the official journal of the Division of Psychoanalysis, American Psychological Association, Division 39* 25:483–498
- Crits-Christoph P, Connolly Gibbons MB, Mukherjee D (2013) Psychotherapy process-outcome research. In: Lambert MJ (Hrsg) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley, New York, S 298–340
- Crits-Christoph P, Crits-Christoph K, Connolly Gibbons MB (2010) Training in alliance-fostering techniques. In: Muran JC, Barber JP (Hrsg) *The therapeutic alliance. An evidence-based guide to practice*. Guilford Press, New York, S 304–319
- Crits-Christoph P, Siqueland L, Blaine J, Frank A, Luborsky L, Onken LS, Muenz LR, Thase ME, Weiss RD, Gastfriend DR, Woody GE, Barber JP, Butler SF, Daley D, Salloum I, Bishop S, Najavits LM, Lis J, Mercer D, Griffin ML, Moras K, Beck AT (1999) *Psychosocial Treatments for Cocaine Dependence*: National Institute on

- Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Arch Gen Psychiatry* 56:493–502
- Curtis HC (1979) The concept of therapeutic alliance: Implications for the "widening scope". *Journal of the American Psychoanalytic Association*:159–192
- Curtis R, Field C, Knaan-Kostman I, Mannix K (2004) What 75 Psychoanalysts Found Helpful and Hurtful in Their Own Analyses. *Psychoanalytic Psychology* 21:183–202
- de Jonghe F, de Maat S, Barber JP, Abbas A, Luyten P, Gomperts W, Swinkels J, Dekker J Designs for Studying the Effectiveness of Long-Term Psychoanalytic Treatments Balancing level of Evidence and Acceptability to Patients. *J Am Psychoanal Assoc* 60:361–387
- de Maat S, de Jonghe F, Schoevers R, Dekker J (2009) The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: a systematic review of empirical studies. *Harvard review of psychiatry* 17:1–23
- de Maat S, de Jonghe F, de Kraker R, Leichsenring F, Abbass A, Luyten P, Barber JP, Rien V, Dekker J (2013) The current state of the empirical evidence for psychoanalysis: a meta-analytic approach. *Harvard review of psychiatry* 21:107–137
- DeRubeis RJ, Brotman MA, Gibbons CJ (2005) A Conceptual and Methodological Analysis of the Nonspecifics Argument. *Clinical Psychology: Science and Practice* 12:174–183
- DeRubeis R, Feeley M (1990) Determinants of change in cognitive therapy for depression; *Cognitive Therapy and Research*. *Cogn Ther Res* 14:469–482
- Diener MJ, Hilsenroth MJ, Weinberger J (2007) Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *The American journal of psychiatry* 164:936–941
- Dinger U, Zilcha-Mano S, McCarthy KS, Barrett MS, Barber JP (2013) Interpersonal problems as predictors of alliance, symptomatic improvement and premature termination in treatment of depression. *Journal of affective disorders* 151:800–803
- Eysenck HJ (1952) The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology* 16:319–324
- Feeley M, DeRubeis RJ, Gelfand LA (1999) The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67:578–582
- Flückiger C, Del Re AC, Wampold BE, Znoj H, Caspar F, Jörg U (2012) Valuing clients' perspective and the effects on the therapeutic alliance: a randomized controlled study of an adjunctive instruction. *Journal of counseling psychology* 59:18–26

Freud S (1912b) Zur Dynamik der Übertragung. GW Bd 8, S 363-374

Freud S (1933a) Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW Bd 15

Gabbard GO, Horwitz L, Allen JG, Frieswyk S, Newsom G, Colson DB, Coyne L (1994) Transference Interpretation in the Psychotherapy of Borderline Patients; A High-Risk, High-Gain Phenomenon. Harv Rev Psychiatry 2:59–69

Gabbard GO, Horwitz L, Allen JG, Frieswyk S, Newsom G, Colson DB (1994) Transference interpretation in the psychotherapy of borderline Patients: A high-risk, high-gain phenomenon. Harvard Review of Psychiatry 2(2): 59-69

Gaston L, Piper WE, Debbane EG, Garant J (1994) Alliance and technique for predicting outcome in short- and long-term analytic psychotherapy. Psychotherapy Research 4: 121-135

Gaston L, Thompson L, Gallagher D, Cournoyer L, Gagnon R. (1998) Alliance, technique, and their interactions in predicting outcome of behavioral, cognitive, and brief dynamic therapy. Psychotherapy Research 8: 190-209

Gibbons M, Crits-Cristoph P, de la Cruz C, Barber JP, Siqueland L, Gladis L (2003) Pretreatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across the supportive expressive psychotherapy and cognitive therapy. Psychotherapy Research 13: 59-76

Hersoug AG, Sexton H, Hoglend P (2002) Contribution of defensive functioning to the quality of working alliance and psychotherapy outcome. American Journal of Psychotherapy 56: 539-554

Hilsenroth MJ, Ackerman SJ, Blagys MD, Baity MR, Mooney MA (2003) Short-term psychodynamic psychotherapy for depression: An examination of statistical, clinically significant, and technique-specific change. Journal of Nervous & Mental Disease 191: 349-357

Horowitz MJ, Marmar CR, Weiss DS, DeWin KN, Rosenbaum R (1984) Brief psychotherapy of bereavement reactions: The relationship of process outcome. Archives of General Psychiatry 41: 43-48

Horvath AO, Del Re AC, Flückiger C, Symonds D (2011) Alliance in individual psychotherapy. Psychotherapy 48(1): 9-16

Huppert JD, Bufka LF, Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, Woods SW (2001) Therapists, therapist variables, and cognitive behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. Journal of Consulting & Clinical Psychology 69 (5): 747-755

- Iacoviello BM, McCarthy KS, Barrett MS, Rynn M, Gallop R, Barber JP (2007) Treatment preferences affect the therapeutic alliance: Implications for randomized controlled trials. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 7(1): 194-198
- Klein DN, Schwartz JE, Santiago NJ, Vivian D, Voicing C, Castonguay LC ... Keller MB (2003) Therapeutic alliance in depression treatment: Controlling for prior change and patient characteristics. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 71: 997-1006
- Kohut H (1984) *How does analysis cure?* Chicago, IL; University of Chicago Press
- Lampropoulos GK, Goldfried MR, Castonguay LG, Lambert, MJ, Stiles WB, Nestoros JN (2002) What kind of research can we realistically expect from the practitioner? *Journal of Clinically Psychology* 58(10): 1241-1264
- Leichsenring F, Rabung S (2008) Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association* 300: 1551-1565
- Leichsenring F, Rabung S, Leibing E (2004) The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry* 61 (12): 1208-1216
- Luborsky L (1984) *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive (SE) treatment.* New York, NY: Basic Books
- Luborsky L, Singer B, Luborsky L (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that „everyone has won and all must have prizes“? *Archives of General Psychiatry* 32(8): 995-1008
- Martin DJ, Garske JP, Davis MK (2000) Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 68: 438-450
- McCarthy KS, Barber JP (2009) The Multimethodical List of Therapeutic Interventions (MULTI): Initial report. *Psychotherapy Research* 19 (1): 96-113
- McCullough JP (2000) *Treatment for chronic depression: Cognitive Behavioral Analysis System of psychotherapy.* New York, NY: Guilford Press
- Meehl PE (1954) *Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the evidence.* Minneapolis: University of Minnesota Press
- Messer SB, Wolitzky DL (2010). A psychodynamic perspective on the therapeutic alliance: Theory, research, and practice. In: JC Muran & JP Barber (Hrsg): *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice.* New York, NY, Guilford Press, S 97-122

- Milne DL, Baker C, Blackburn IM, James I, Reichelt K (1999) Effectiveness of cognitive therapy training. *Journal of Behaviour Therapy & Experimental Psychiatry* 30(2): 81-92
- Milrod B, Leon A, Busch F, Rudden M, Schwalberg M, Clarkin J, ... Shear M (2007) A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry* 164 (2): 265-272
- Mitchell SA (1997) Two quibbles: Commentary on Kenneth A Frank's paper. *Psychoanalytic Dialogues* 7: 319-322
- Mitchell SA, Black MJ (1995) *Freud and beyond: A history of modern psychoanalytic thought*. New York, NY, Basic Books
- Muran JC, Barber JP (2010) *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice*. New York, NY: Guilford Press
- Newman MG, Castonguay LG, Borkovec TD, Fisher AJ, Boswell JF, Szkodny LE, Nordberg S (2011) A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrated techniques from emotion-focused and interpersonal therapies. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 79(2): 171-181
- Norcross JC (2002) *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York, NY: Oxford University Press
- Owen J, Quirk K, Hilsenroth MJ, Rodolfa E (2012) Working through: In-session processes that promote between-session thoughts and activities. *Journal of Counseling Psychology* 59(1): 161-167
- Paivio SC, Holowaty KAM, Hall IE. (2004) The influence of therapist adherence and competence on client reprocessing of child abuse memories. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 41(1): 56-68
- Piper WE, Azim HF, Joyce AS, McCallum M (1991) Transference interpretations, therapeutic alliance, and outcome in short-term individual psychotherapy. *Archives of General Psychiatry* 48(10): 946-953
- Rogers CR (1937) *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. Boston, MA: Houghton Mifflin
- Rosenzweig S (1936) Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry* 6(3): 412-415
- Safran JD, Muran JC (2000) *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York, NY: Guilford Press

- Sharpless BA, Barber JP (2009a) A conceptual and empirical review of the meaning, measurement, development, and teaching of intervention competence in clinical psychology. *Clinical Psychology Review* 29(1): 47-56
- Sharpless BA, Barber JP (2009b) The Examination for Professional Practice in Psychology (EPPP) in the era of evidence-based practice. *Professional Psychology: Research & Practice* 40 (4): 333-340
- Shaw BF, Elkin I, Yamaguchi J, Olmsted M, Vallis TM, Dobson KS ... Imber SD (1999) Therapist competence ratings in relation to clinical outcome in cognitive therapy of depression. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 67: 837-846
- Shedler J (2010) The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist* 65(2): 98-109
- Smith ML, Glass GV (1977) Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist* 32(9): 752-760
- Stiles WB (2009) Responsiveness as an obstacle for psychotherapy outcome research: It's worse than you think. *Clinical Psychology: Science & Practice* 16: 86-91
- Stiles WB, Shapiro DA, Elliott R (1986) Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist* 41(2): 165-180
- Stricker G (1992) The relationship of research to clinical practice. *American Psychologist* 47(4): 543-549
- Summers RJ, Barber JP (2009) *Dynamic psychotherapy: A guide to evidence-based practice*. New York, NY: Guilford Press
- Verne J (1886) *Robur the conqueror*. London, UK: Sampson Low, Marston, Searle & Rivington
- Vinnars B, Barber JP, Noren K, Gallop R, Weinryb RM (2005) Manualized supportive-expressive psychotherapy versus nonmanualized community-delivered psychodynamic therapy for patients with personality disorders: Bridging efficacy and effectiveness. *American Journal of Psychiatry* 16(10): 1933-1940
- Vinnars B, Thormählen B, Gallop R, Noren K, Barber JP (2009) Do personality problems improve during psychodynamic supportive-expressive psychotherapy? Secondary outcome results from a randomized controlled trial for psychiatric outpatients with personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 46(3): 362-375

- Webb CA, DeRubeis RJ, Barber JP (2010) Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 78(2): 200-211
- Weiner IB, Bornstein RF (2009) *Principles of psychotherapy: Promoting evidence-based psychodynamic practice* (3.Aufl). Hoboken, NJ: Wiley
- Zetzel ER (1966) The analytic situation. In: R Litman (Hrsg), *Psychoanalysis in the Americas: Original contributions from the first Pan-American Congress for Psychoanalysis*, New York, NY: International University Press, S 86-106
- Zilcha-Mano S, Dinger U, McCarthy KS, Barber JP (2013) Does alliance predict symptoms throughout treatment, or is it the other way around? *Journal of Counseling & Clinical Psychology*. Advance online publication
- Zilcha-Mano S, Dinger U, McCarthy KS, Barrett MS, Barber JP (2014) Changes in well-being and quality of life in a randomized trial comparing dynamic psychotherapy and pharmacotherapy for major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders* 152: 538-542

Danksagung

Wir bedanken uns bei Meir Perlov und Justina Dillon für ihre Kommentare zu einer früheren Version dieses Artikels.

Unterstützung

Sigal Zilcha-Mano möchte dankbar anerkennen, dass die Forschung, auf der dieser Artikel basiert, durch den Postgraduierstenstipendium von Fulbright unterstützt wurde, die durch die Fullbright-Kommission in Israel der USA-Israel Bildungsstiftung verliehen wurde.

Anschrift für Korrespondenz: Sigal Zilcha-Mano, Ph.D., The Derner Institute of Advanced Psychological Studies, Adelphi University, Hy Weinberg Center, Room 111, 1 South Avenue, P.O. Box 701, Garden City, NY 11530-0701. E-Mail: sigalzil@gmail.com