

Psychotherapeut, 53: 83-91

Die Therapeutenvariable – immer noch ein dunkler Kontinent

G. Klug, G. Henrich, H. Kächele, R. Sandell und D. Huber

Zusammenfassung

Hintergrund. Diese Studie untersucht die therapeutische Haltung als eine eigenständige Größe therapeutischer Prozesse..

Patienten und Methoden. Die therapeutische Haltung wird mit den Therapeutic Attitude Scales (TASC) des Therapeutic Attitude Questionnaire (ThAt) erfasst; sie konzentriert sich auf die Annahmen der Therapeuten über die Wirkfaktoren der Psychotherapie, auf die Einschätzung ihres therapeutischen Stils und auf Annahmen über Psychotherapie und Persönlichkeit. Eine Stichprobe von 451 Therapeuten, 81 psychodynamische Psychotherapeuten, 208 psychoanalytische Psychotherapeuten und 162 Verhaltenstherapeuten wurde untersucht..

Ergebnisse. Die drei Gruppen unterschieden sich erwartungsgemäß und damit theoriekonform signifikant voneinander: sowohl Anpassung und Einsicht von den angenommenen Wirkfaktoren als auch Unterstützung und Neutralität von den Technikfaktoren trennten alle drei Gruppen signifikant voneinander. Die multivariate Analyse unterstrich die Bedeutung von Anpassung und Einsicht für die Gruppentrennung.

Schlussfolgerung. Im großen und ganzen bestätigen die Ergebnisse die theoretischen Annahmen über die Verschiedenheiten der drei untersuchten Gruppen von Therapeuten. Der ThAt scheint ein Messinstrument zu sein, das Aspekte der Therapeutenvariable erfasst, die einen Einfluss auf das Therapieergebnis haben können.

Schlüsselwörter

Therapeutenvariable - Therapeutische Haltung - Vergleich zwischen psychodynamischen Psychotherapeuten, psychoanalytischen Psychotherapeuten und Verhaltenstherapeuten - Anpassung - Einsicht

Gefördert durch den Research Advisory Board der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung.

Abstract

Background. The objective of this study is to investigate the therapeutic attitude.

Patients and methods. The psychotherapists' beliefs and attitudes in therapeutic matters, according to the Therapeutic Attitude Scales (TASC) of the Therapeutic Attitude Questionnaire (ThAt), was applied to investigate the therapist variable. We confined ourselves on the therapist's belief in the curative value of a number of ingredients of psychotherapy, on the therapist's peculiar style of conducting psychotherapy and on basic assumptions about the nature of psychotherapy and the nature of the human mind. We investigated a total sample of 451 psychotherapists, 81 psychodynamic psychotherapists, 208 psychoanalytic psychotherapists and 162 behaviour therapists.

Results. There were highly significant differences between the three groups of therapists in the ANOVA's. Adaptation and Insight of the curative factors as well as Supportiveness and Neutrality of the technique factors differentiate highly significantly between the groups. The multivariate analysis underlines the importance of Adaptation and Insight to differentiate between all groups.

Conclusion. The results by and large confirm the assumptions generally held upon the differences between the groups. Thus the ThAt is supposed to be a valid instrument to grasp more subtle features of the therapist variable that may influence the outcome of psychotherapy.

Keywords

Therapist variable - Therapeutic attitude - Comparison between psychodynamic psychotherapists, psychoanalytic psychotherapists and behavioural therapists - Adaptation - Insight

Sponsored by the Research Advisory Board of the International Psychoanalytical Association.

“The psychotherapist matters”, dieser Behauptung¹ die Luborsky 1985 hochkarätig und trotzdem wirkungslos puliziert hat, wurde erneut von seiner Arbeitsgruppe (Luborsky et al. 1997) erneut empirisch untermauert. Niemand wird widersprechen wollen, der sich als Praktiker selbstkritische Gedanken über Erfolg und Misserfolg seiner Therapien gemacht hat. Allerdings sei der „state-of-the-art“ der empirischen Bewertung laut Beutler et al. (2004), dass in den vergangenen Jahre weder die Effizienz- noch die Effektivitätsforschung adäquat die spezifischen Beiträge des Therapeuten zum therapeutischen Prozess berücksichtigt haben. Solange Studiendesigns auf die Evaluierung der Wirkung verschiedener Behandlungsformen ausgerichtet sind, kann über den Einfluss der Therapeutenvariable auf das Behandlungsergebnis nur spekuliert werden. Die systematische Untersuchung der Therapeutenvariable der letzten Jahre hat Faktoren, die nicht durch die Ausbildung direkt beeinflusst werden, wie Persönlichkeit, Überzeugungen etc., nach der von Beutler et al. (2004) vorgeschlagenen Taxonomie als „inferred traits“ bezeichnet, als nicht sehr ergiebig bewertet (Kächele, 2006). Allerdings könnte man genauso von einer Vernachlässigung sprechen, so dass es eine „kritische Masse“ an Studien nicht verfügbar ist.

Werte, Überzeugungen und Haltungen, nach Sandell's (2004) Vorschlag als therapeutische Haltung zusammengefasst, kann als der persönliche Hintergrund des Therapeuten aufgefasst werden, vor dem sich der therapeutische Prozess während der Behandlung entfaltet. Ihre Erforschung hat eine lange Tradition in der Psychotherapieforschung (Glover 1955; Fiedler 1950a, 1950b; Sundland & Barker 1962; Wallach & Strupp 1964; McNair & Lorr 1964; Sundland 1977;). Neuere Studien sind die des Collaborative Research Network (CRN) of the Society for Psychotherapy Research (SPR) (Orlinsky & Ronnestad, 2005) und die der Arbeitsgruppe um Sandell (Sandell et al., 2000; Sandell et al., 2002; Sandell et al., 2004; Sandell et al., 2007).

Die schwedische Arbeitsgruppe um Sandell hat im Kontext der STOPP-Studie sich diesen Aspekten ausgiebig gewidmet und überzeugend aufgewiesen, dass „Werte, Haltung von grosser Erklärungskraft für die faktische Bandbreite der Varianz von Behandlungserfolgen sind (Sandell, 2007²). Sie haben ein Instrument (ThAt) entwickelt, für das bislang keine differentiellen Befunde für psychodynamische Psychotherapeuten, psychoanalytische Psychotherapeu-

¹ Luborsky, L., & et al. (1985). Therapists' success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602–11.

² Sandell 2007 in dem GDPT Kongress Band Dresden nicht vergessen.

ten und Verhaltenstherapeuten vorliegen. Dabei nahmen wir verständlicherweise an, dass diese Therapeuten sich hinsichtlich der therapeutischen Haltung von einander unterscheiden.

Methode

Design

Um eine möglichst repräsentative Stichprobe von Therapeuten zu erhalten, wandten wir uns an Münchner Ausbildungsinstitute und zwar an die Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e. V., an den ärztlich-psychologischen Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse (ÄPK), an die Bayerische Akademie für Psychotherapie (BAP) und an den Verein zur Förderung der klinischen Verhaltenstherapie (VFKV). Die Absolventen dieser Ausbildungsinstitute wurden über Adressenlisten kontaktiert. Alle Psychotherapeuten erhielten den Fragebogen zur Therapeutenvariable (ThAt) mit einem erklärenden Anschreiben und einem frankierten Rückantwortkuvert zugeschickt und wurden dreimal erinnert.

Insgesamt erhielten auf diese Weise 994 Psychotherapeuten den Fragebogen. Nach Abzug von sog. „life members“, nach Doidge (2002; persönliche Mitteilung) Therapeuten, die „im Ruhestand oder halbwegs im Ruhestand sind, von denen nicht angenommen werden kann, dass sie beruflich aktiv sind oder neue Patienten annehmen, so dass ihre Teilnahme an der Studie die Resultate verfälschen würde“, von uns operationalisiert als Mitglieder, die zum Zeitpunkt der Befragung 65 Jahre oder älter waren, verblieben 871 Psychotherapeuten. Bei einem Rücklauf von 451 Fragebögen entspricht das einer Rücklaufrate von 52%.

Stichprobe

Wir bezeichneten als *psychodynamische Psychotherapeuten* (PD) alle Psychotherapeuten, die angaben, den Zusatztitel: Psychotherapie erworben zu haben oder deren Ausbildung dem Zusatztitel: Psychotherapie äquivalent war. Diese Unterstichprobe umfasste 81 Therapeuten; davon waren 23 (= 28 %) männlich und 58 (= 72 %) weiblich. Der Altersdurchschnitt betrug 48 Jahre (SD = 7,9). 62 (= 76 %) waren Mediziner, 18 (= 22 %) waren Psychologen, und 1 (= 2 %) war in einem anderen sozialen Berufen tätig.

Wir bezeichneten als *psychoanalytische Psychotherapeuten* (PA) alle Psychotherapeuten, die angaben den Zusatztitel: Psychoanalyse (ev. in Kombination mit dem Zusatztitel: Psychotherapie) erworben zu haben und/oder die einen Abschluss an einem psychoanalytischen Ausbildungsinstitut absolviert zu haben. Diese Unterstichprobe umfasste 208 Therapeuten; davon waren 67 (= 32 %) männlich und 141 (= 68 %) weiblich. Der Altersdurchschnitt betrug 52

Jahre (SD = 8,6). 83 (= 40 %) waren Mediziner, 119 (= 57 %) waren Psychologen, 6 (= 3 %) hatten einen anderen Grundberuf.

Wir bezeichneten als *Verhaltenstherapeuten* (VT) alle Psychotherapeuten, die angaben den Zusatztitel: Verhaltenstherapie erworben zu haben und/oder einen Abschluss an einem verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut absolviert zu haben. Diese Unterstichprobe umfasste 162 Therapeuten; 56 (= 35 %) männlich und 105 (= 65 %) weiblich. Der Altersdurchschnitt betrug 47 Jahre (SD = 9,3). 8 (= 5 %) waren Mediziner, 148 (= 91 %) waren Psychologen, 6 (= 4 %) hatten einen anderen Grundberuf.

Messinstrument

Wir wählten als Instrument den Fragebogen zur Therapeutischen Identität (ThId), entwickelt von der Arbeitsgruppe um Sandell (Stockholm). Dieser untersucht Annahmen über die Wirkfaktoren im therapeutischen Prozess und über die therapeutische Technik, zusammenfassend die therapeutische Haltung genannt. Wir haben die von Klug, Huber & Kächele ins Deutsche übertragene Version „Fragebogen zur Therapeutischen Haltung“ (FTHa) genannt.

Der FTHa ist ein 12 Seiten umfassender Fragebogen mit 150 Items, der in acht Sektionen unterteilt ist: A. *persönlicher und beruflicher Hintergrund*; B. *berufliche Erfahrung*; C. *Selbsterfahrung*; D. *theoretische Orientierung*; E. *therapeutischer Stil* wird mit 33 Items über die Wichtigkeit der kurativen Faktoren, und mit 31 Items über die therapeutische Technik jeweils auf einer 5-Punkte Skala erfasst; F. *Annahmen über Psychotherapie allgemein und Persönlichkeit* mit 16 visuellen Analogskalen, auf denen Grundannahmen über die menschliche Seele und über die Psychotherapie allgemein eingeschätzt werden können; G. *Freie Assoziationen* fragt im Klartext nach der größten Stärke als Psychotherapeut, nach der größten Einschränkung als Psychotherapeut, nach dem primären Ziel der Psychotherapie und nach dem größten negativen Einfluss auf eine Psychotherapie; H. *Kommentare oder Gedanken* in freier Form.

Die Sektionen E 1 und E 2 und G, als therapeutische Haltung („therapeutic attitude“) zusammen gefasst, wurden von Sandell anhand einer Stichprobe von 325, nach dem Zufallsprinzip ausgewählten schwedischen Psychotherapeuten, faktorenanalytisch untersucht; die so erhaltenen neun Faktoren werden als Therapeutic Attitude Scales (TASC) bezeichnet (siehe Anhang). Die neun Faktoren wurden 1. Anpassung, 2. Einsicht, 3. Freundlichkeit, 4. Neutralität, 5. Unterstützung, 6. Selbstzweifel, 7. Irrationalität, 8. Kunstfertigkeit und 9. Pessimismus genannt (Grant & Sandell, 2004; Sandell et al., 2004; Sandell et al., 2007).

Statistische Analyse

Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Programmsystem SPSS ("Statistical Package for Social Sciences"). Neben Verfahren der deskriptive Datenanalyse (Berechnung von Mittelwert, Standardabweichung, Fallzahl, Häufigkeiten und Prozentwerten) kamen Analysen von Kontingenztafeln (χ^2 -Tests) und Verfahren zur statistischen Prüfung von Mittelwertsunterschieden zur Anwendung (t-Tests, Varianzanalysen).

Als multivariates Verfahren wurde die SPSS-Prozedur CHAID ("CHi-squared Automatic Interaction Detector"; SPSS Inc. 2002) verwendet, die eine explorative Segmentierung der Stichprobe vornimmt. Jedes Segment unterscheidet sich dabei in dem Anteil der Therapeuten mit unterschiedlicher Therapieausrichtung und ist definiert durch eine Kombination der unabhängigen Variablen, der TASC-Skalen. CHAID unterteilt die Stichprobe zunächst aufgrund der am besten trennenden TASC-Skala in zwei oder mehr distinkte Gruppen. Diese Gruppen werden dann im folgenden Schritt aufgrund weiterer Variablen in kleinere Untergruppen unterteilt. Der Segmentierungsprozess wird so lange fortgesetzt, bis keine signifikanten unabhängigen Variablen mehr gefunden werden. Das Ergebnis der Segmentierung wird in Form eines Baumdiagramms dargestellt. Die Darstellung geht von einer Gleichverteilung der drei Therapieformen in der Gesamtstichprobe aus.

Ergebnisse

Wie aus Tabelle 1 ersichtlich sind die teilnehmenden psychoanalytischen Psychotherapeuten signifikant älter als psychodynamischen Psychotherapeuten und Verhaltenstherapeuten. Letztere unterscheiden sich nicht signifikant voneinander hinsichtlich des Alters. Psychodynamische Psychotherapeuten sind signifikant häufiger Mediziner als psychoanalytische Psychotherapeuten und diese sind signifikant häufiger Mediziner als Verhaltenstherapeuten. Verhaltenstherapeuten sind signifikant häufiger Psychologen als psychoanalytische Psychotherapeuten und diese sind signifikant häufiger Psychologen als psychodynamische Psychotherapeuten. Abbildung 1 zeigt die gruppenspezifischen Annahmen der Therapeuten über die Wirkfaktoren und die therapeutische Technik. Hervorzuheben hier ist die TASC-Variable Anpassung (Wirkfaktoren, die hochsignifikant am häufigsten von den Verhaltenstherapeuten ($F(2; 246) = 132,6; p = .000$) gegenüber den psychoanalytischen Psychotherapeuten und den psychodynamischen Psychotherapeuten für ein Wirkfaktor gehalten wird, der zu einer anhaltenden und stabilen Veränderung führt. Umgekehrt wird die TASC-Variable Einsicht (Wirkfaktoren) von den psychoanalytischen Psychotherapeuten hochsignifikant ($F(2; 245) = 106,0; p = .000$) häufig

figer für einen Wirkfaktor gehalten als von den psychodynamischen Psychotherapeuten und vor allem als von den Verhaltenstherapeuten. Die TASC-Variable Unterstützung wird von den Verhaltenstherapeuten signifikant häufiger ($F(2; 245) = 132,0; p = .000$) als therapeutische Technik angegeben als von den psychodynamischen Psychotherapeuten und den psychoanalytischen Psychotherapeuten, während umgekehrt die TASC-Variable Neutralität als therapeutische Technik signifikant häufiger ($F(2; 246) = 61,7; p = .000$) von den psychoanalytischen Psychotherapeuten als von den psychodynamischen Psychotherapeuten und von den Verhaltenstherapeuten angegeben wird. Die TASC-Variable Irrationalität von den Annahmen über Persönlichkeit und Psychotherapie wird signifikant häufiger ($F(2; 247) = 61,9; p = .000$) von den psychoanalytischen Psychotherapeuten als von den psychodynamischen Psychotherapeuten und von den Verhaltenstherapeuten angegeben. Die TASC-Variable Kunstfertigkeit von den Annahmen über Persönlichkeit und Psychotherapie wird von den psychoanalytischen Psychotherapeuten signifikant häufiger ($F(2; 247) = 7,1; p = .001$) als von den Verhaltenstherapeuten angegeben. Die TASC-Variable Pessimismus von den Annahmen über Persönlichkeit und Psychotherapie wird von den psychoanalytischen Psychotherapeuten signifikant häufiger ($F(2; 247) = 3,5; p = .032$) als von den Verhaltenstherapeuten angegeben.

Bei allen TASC-Variablen liegen die psychodynamischen Psychotherapeuten in der Mitte. Keine signifikanten Unterschiede fanden sich bei der TASC-Variable Selbstzweifel ($F(2; 243) = 2,5; p = .080$).

Abbildung 2 zeigt die Ergebnisse der multivariaten Analyse. Als unabhängige Variablen zur Segmentierung der Therapieformen wurden nur zwei Sektionen der TASC-Skalen (therapeutischen Technik und Wirkfaktoren, ohne Grundannahmen) eingesetzt, da wir uns auf die Haltung des Therapeuten, die unmittelbar im therapeutischen Prozeß wirksam werden kann, konzentrieren wollten. Die TASC-Variable Anpassung von den angenommenen Wirkfaktoren trägt am meisten zur Gruppentrennung zwischen psychoanalytischen Psychotherapeuten, psychodynamischen Psychotherapeuten und Verhaltenstherapeuten bei. Die Untergruppe der zweiten Ebene links außen mit der geringsten Ausprägung in der Skala Anpassung (-) besteht zu 87 % aus Psychoanalytikern, in der Untergruppe der gleichen Ebene rechts außen mit der größten Ausprägung auf dieser Skala (+) befindet sich überhaupt kein Psychoanalytiker mehr, 57 % sind hier Verhaltenstherapeuten und 43 % psychodynamische Psychotherapeuten. Von links nach rechts sieht man, dass je stärker die Anpassung als Wirkfaktor eingeschätzt wird, desto geringer der Anteil der Psychoanalytiker in der Untergruppe wird. Die TASC-Variable Einsicht von den angenommenen Wirkfaktoren klärt nach weiterer Segmentierung die meiste zusätzliche Varianz auf. Die TASC-Variable Unterstützung und die TASC-Variable Freund-

lichkeit als therapeutische Technik klären weitere Varianz auf. Eine extreme Untergruppe in dem Baumdiagramm ist rechts unten zu sehen, die durch eine hohe Einschätzung der Anpassung als Wirkfaktor und eine geringe Einschätzung von Einsicht und Freundlichkeit gekennzeichnet ist und zu 100 % aus Verhaltenstherapeuten besteht.

Das Streudiagramm in Abbildung 3 zeigt die Verteilung der einzelnen Therapeuten hinsichtlich der TASC-Variablen Anpassung und Einsicht. Die Psychoanalytiker (Symbol: blaue Quadrate) gruppieren sich hauptsächlich im Quadranten mit viel Einsicht und wenig Anpassung, die Verhaltenstherapeuten (gelbe Dreiecke) im gegenüberliegenden Quadranten mit wenig Einsicht und viel Anpassung, die psychodynamischen Therapeuten (rote Kreise) zeigen die größte Streuung und liegen etwa in der Mitte.

Diskussion

Zunächst sollen einige methodenkritische Fragen diskutiert werden. Eine Rücklaufrate von 52 % entspricht in etwa der durchschnittlichen Rücklaufrate, wie sie bei Umfragen unter amerikanischen Therapeuten erreicht wird (siehe z.B. Norcross und Guy, 2005); deutsche Studien (z.B. Stehle, 2005) liegen oft erheblich darunter. Die relativ hohe Rücklaufrate unserer Untersuchung erklärt sich dadurch, dass die Befragten weitgehend über ihre Ausbildungsinstitute kontaktiert wurden, sie mehrfach Erinnerungsschreiben erhielten und die beiden Hauptinitiatoren der Umfrage (G. K. und D. H.) den Befragten bekannt waren. Sicherlich ein methodischer Mangel dieser Studie ist, dass wir wegen der strikten Anonymität der Befragung keine Aussagen machen können, ob sich die Responder hinsichtlich der Prüfgrößen signifikant von den Non-Respondern unterscheiden. Ein weiterer methodischer Mangel ist die therapeutische Haltung nur als Selbsteinschätzung des Therapeuten zu erheben: nicht was der Therapeut wirklich tut, wird erfasst, sondern was er sagt, dass er tut.

Die Varianzanalyse (ANOVA) als univariates Verfahren zeigt, dass auf der Ebene der Annahmen über die Wirkfaktoren die Variablen Einsicht und Anpassung hochsignifikant zwischen den drei Therapieformen trennen (Abbildung 1). Unsere Befunde bestätigen die der Arbeitsgruppe um Sandell (2004), die ebenfalls fanden, dass Anpassung signifikant häufiger bei Verhaltenstherapeuten und Einsicht signifikant häufiger bei Therapeuten mit psychoanalytischer Orientierung zu finden ist. Auf der Itemebene betrachtet (siehe Anhang), bedeutet die Betonung der Anpassung als Wirkfaktor der Therapie zunächst eine Anerkennung sowohl des Symptoms als auch der äußeren Realität und der Notwendigkeit beide miteinander in Einklang zu bringen durch einen bewussten und direkten, edukativen Appell an die Steuerungs-

und Kontrollfähigkeiten des Patienten auch bei Verdrängung von bestimmten, den Symptomen zugrundeliegenden Erlebnissen. Diese Haltung impliziert eine Anerkennung des Symptoms, die die analytische Psychotherapie, die bekanntlich bestrebt ist „hinter das Symptom“ zu gelangen, nicht akzeptiert. Die den Wirkfaktor Einsicht begründenden Items zielen ab auf die Förderung von intrapsychischen Prozessen in der Therapie, die als psychodynamisch wirksam hinter den Symptomen und hinter der subjektiven Wahrnehmung äußerer Realität theoretisch angenommen werden. Auf der Itemebene betrachtet beinhaltet der Faktor Freundlichkeit die unspezifischen therapeutischen Faktoren, zu denen die Verhaltenstherapeuten sich vielleicht nur offener bekennen als die psychodynamischen und die analytischen Psychotherapeuten, die sie aber auch anwenden. Wie schon empirische Untersuchungen wie die von Sloane et al. (1975) und auch neuere (siehe Schaap et al., 1993) belegen, pflegen die Verhaltenstherapeuten mehr die „common factors“ in ihren Therapien als Therapeuten anderer Provenienz.

Zwei der drei Faktoren der therapeutischen Technik, nämlich Neutralität und Unterstützung, unterscheiden signifikant zwischen den drei Therapiegruppen. Betrachtet man den Faktor Neutralität auf der Itemebene so ist er als eine therapeutische Position zu verstehen, die Wert legt auf die persönliche Distanz in der therapeutischen Beziehung. Sandell et al. (2004) fassen ihn deshalb als eine Replikation des personal distance factor von Wallach und Strupp (1964) und von Wogan und Norcross (1983) auf. Diese therapeutische Haltung ist diametral entgegengesetzt der, die Hoffmann (2000) als das therapeutische Angebot des Verhaltenstherapeuten beschreibt, der „... auf Abschirmung durch ritualisierte Distanz ...(verzichtet)... und damit auf Unnahbarkeit“ - darauf wird auch jeder Psychoanalytiker und jeder psychodynamische Psychotherapeut (bewußt) verzichten wollen.

Analysiert man den zweiten differenzierenden Technikfaktor, Unterstützung, ebenfalls auf der Itemebene (siehe Anhang) so erweist sich Unterstützung als ein aktives Ordnen, Strukturieren, Nachfragen und Ermutigen, das mit der therapeutischen Haltung eines Verhaltenstherapeuten im Einklang steht. Psychoanalytische und psychodynamische Psychotherapeuten gestalten den therapeutischen Prozeses weniger aktiv strukturierend; ihr Verständnis von Unterstützung wird mit den (passiveren) Modi wie „containing“ oder „holding“ besser erfasst. Deshalb findet sich Unterstützung signifikant weniger als therapeutische Technik bei den analytischen Psychotherapeuten, vor allem aber signifikant weniger bei den psychodynamischen Psychotherapeuten.

Von den Annahmen über Persönlichkeit und Psychotherapie unterscheidet der TASC-Faktor Irrationalität die drei Gruppen am besten. Wir sehen das als einen Hinweis, dass die psycho-

analytischen Psychotherapeuten mehr als die psychodynamischen Psychotherapeuten und diese wiederum mehr als die Verhaltenstherapeuten die Existenz des Unbewussten anerkennen können.

Zwischen dem Faktor Selbstzweifel, der zwischen den drei Therapeutengruppen nicht signifikant unterscheidet, und den beiden o. g. Faktoren besteht ein kategorialer Unterschied. Während Neutralität und Unterstützung, zwar in Grenzen, aber doch prinzipiell erlernbare therapeutische Techniken sind, ist Selbstzweifel keine Technik sondern eine Einstellung, die nicht notwendigerweise als neurotische Gegenübertragung verstanden werden muss, sondern Ausdruck einer selbstkritischen Haltung sein kann. Es bleibt ein interessanter Befund, dass er zwischen den Gruppen nicht unterscheidet, worauf auch Sandell et al. (2004) hinweisen.

Die CHAID-Analyse als non-parametrisches, multivariates Verfahren bestätigt im wesentlichen die Ergebnisse der Varianzanalysen, gibt aber noch weitere Informationen. Wie aus Abbildung 2 ersichtlich, tragen die Variablen Anpassung und Einsicht für die Trennung der drei Therapeutengruppen am entschiedensten bei. Wie aus der CHAID-Analyse, aber auch dem Streudiagramm in Abbildung 3 zu entnehmen ist, gibt es hier keine distinkten Grenzen. Es gibt psychoanalytische und psychodynamische Psychotherapeuten, die Anpassung, und Verhaltenstherapeuten, die Einsicht als Wirkfaktor hoch einschätzen. Diese Untergruppen weiter zu erforschen wäre sicherlich sinnvoll; vorerst interpretieren wir diesen Befund so, dass mit wachsender Erfahrung der Therapeuten, und es handelt sich bei unserer Untersuchung um sehr erfahrene Therapeuten, der Einfluss der unterschiedlichen theoretischen Orientierung geringer wird.

Auffallend ist die vergleichsweise geringere Bedeutung der Technikfaktoren für die Gruppendifferenzierung. Dieser Befund ist in Einklang mit beispielsweise einer Untersuchung von Malik et al. (2000) in der gezeigt werden konnte, dass sich kognitive Verhaltenstherapie, psychodynamische Psychotherapie und Gestalttherapie hinsichtlich auf Einsicht abzielende Interventionen versus Arbeit am Symptom nicht von einander unterscheiden. Beutler et al. kommen in ihrem Beitrag über die Therapeutenvariable im Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (2004) zu dem Schluss, dass die Effektivität einer Behandlung mehr von den speziellen Überzeugungen und Werten des Therapeuten abhängt als von bestimmten Techniken.

Schlussfolgerung

Die Hypothesen konnten im Vergleich der Therapeuten unterschiedlicher theoretischer Orientierung bestätigt werden. Die Untersuchung der Arbeitsgruppe um Sandell und unsere Unter-

suchung sind ein wichtiger Schritt, die Therapeutenvariable über die erklärte Schulenzugehörigkeit hinaus zu differenzieren, zumal empirisch gut abgesichert ist, dass die Variabilität der Therapeuten innerhalb einer bestimmten therapeutischen Orientierung, sogar wenn Therapie-manuale verwendet werden, erstaunlich hoch ist. Diese Differenzierung der Therapeutenvariable erlaubt in einem Prozess-Outcome-Ansatz die Mechanismen der therapeutischen Veränderung in Zukunft weiter aufzuklären.

Literatur

- Beutler L E, Malik M, Alimohamed S, Harwood T M, Taleb H, Noble S, Wong E (2004) Therapist variables. In: Lambert M J (ed) Handbook of Psychotherapy and Behavior Change 5th edition. J Wiley and Sons, p. 227-306
- Doidge N, Simon B, Brauer L, Grant D C, First M, Brunshaw J, Lancee W J, Stevens A, Oldham J M, Mosher P (2002) Psychoanalytic patients in the U.S, Canada, and Australia: DSM-III-R disorders, indications, previous treatment, medications, and length of treatment. Journal of the American Psychoanalytic Association 50:575-614
- Fiedler F E (1950a) The concept of the ideal therapeutic relationship. Journal of Consulting Psychology 14:239-245
- Fiedler F E (1950b) Comparisons of therapeutic relationships in psychoanalytic, nondirective, and Adlerian therapy. Journal of Consulting Psychology 14:436-445
- Glover E (1955) The Technique of Psycho-Analysis. Baillière Tindall Cox, London
- Grant J, Sandell R (2004). Close family or mere neighbours? Some empirical data on the differences between psychoanalysis and psychotherapy. In Richardson P, Renlund C, Kaechele H (Eds) Research on psychoanalytic psychotherapy in adults. Karnac, London, p. 81-108
- Hoffmann N (2000) Therapeutische Beziehung und Gesprächsführung. In: Margraf J (Hrsg) Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band I. 2. Auflage. Springer, Berlin, p. 363-371
- Kächele H (2006) Psychotherapeut/Psychotherapeutin: Person – Persönlichkeit – Funktion. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie* 11: 136-140

Luborsky L, McLellan A T, Diguer L, Woody G, Seligman D A (1997) The psychotherapist matters: comparison of outcomes across twenty-two therapists and seven patient samples. *Clinical Psychology: Science and Practice* 4:53-65

Malik M, Alimohamed S, Holaway R, Beutler L E (2000) Are all cognitive therapies alike? Validation of the TPRS. Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Chicago, IL

McNair D M, Lorr M (1964) An analysis of professed psychotherapeutic techniques. *Journal of Consulting Psychology* 28:265-271

Norcross JC, Guy J D (2005) The prevalence and parameters of personal therapy on the United States. In: Geller J D, Norcross J C, Orlinsky D E (eds) *The psychotherapist's own psychotherapy. Patient and clinicians perspectives*. Oxford University Press Oxford, pp 165-176

Orlinsky D E, Ronnestad M H (2005) *How psychotherapists develop. A study of therapeutic growth and professional growth*. American Psychological Association, Washington, DC

Sandell R, Carlsson J, Schubert J, Broberg J, Lazar A, Blomberg J (2002) Varieties of Psychotherapeutic Experience and their Associations with Patient Outcome. *European Psychotherapy* 3, 17-35

Sandell R, Carlsson J, Schubert J, Broberg J, Lazar A, Grant J (2004). Therapist attitudes and patient outcomes: I. Development and validation of the Therapist Attitudes Scales (TASC-2). *Psychotherapy Research* 14: 471-486

Sandell R, Lazar A, Grant J, Carlsson J, Schubert J, Broberg J (2007). Therapist attitudes and patient outcomes: II. Therapist attitudes influence change during treatment. *Psychotherapy Research* 17:196-2004

Schaap C, Bennun I, Schindler L, Hoogduin K (1993). The therapeutic relationship in behavioural psychotherapy. J. Wiley and sons, Chichester New York Brisbane Toronto Singapore. pp.3-22

Sloane R B, Staples F R, Cristol A H, Yorkston N J, Whipple K (1975) Psychotherapy versus behaviour therapy. Harvard University Press, Cambridge

SPSS Inc. (2002) AnswerTree 3.1. User's Guide. SPSS Inc., Chicago, IL

Stehle S (2004) Psychotherapeutische Berufstätigkeit. Ergebnisse der DGPT-Therapeutenerhebung. In: Gerlach A, Schlösser A-M, Springer A (Hrsg) Psychoanalyse des Glaubens. Psychosozial Verlag, Gießen

Sundland D M, Barker E N (1962) The Orientation of Psychotherapists. Journal of Consulting Psychology 26:201-212

Sundland D M (1977) Theoretical orientations of psychotherapists. In: Gurman A S, Razin A M (eds) Effective psychotherapy: A handbook of research. Pergamon Press, New York, pp 189-219

Wallach M S, Strupp H H (1964) Dimensions of psychotherapists' activity. Journal of Consulting Psychology 28:120-125

Wogan M, Norcross J C (1983) Dimensions of psychotherapists' activity: A replication and extension of earlier findings. Psychotherapy: Theory, Research and Practice 20:67-74

	PA (N=208)	PD (N=81)	VT (N=162)	Signifikanztests	
				overall	paarweise
Alter					
M (SD)	51,8 (8,6)	48,0 (7,9)	46,7 (9,3)	F(2;448)=16,6; p=0,000	PA > PD = VT
Geschlecht					
weiblich	141 (67,8%)	58 (71,6%)	105 (65,2%)	Chi2(2)=1,0; p=0,603	
Akademische Grundausbildung					
Medizin	83 (39,9%)	62 (76,5%)	8 (4,9%)	Chi2(2)=129,7; p=0,000	PD > PA > VT
Psychologie	119 (57,2%)	18 (22,2%)	155 (95,7%)	Chi2(2)=137,3; p=0,000	VT > PA > PD
andere	15 (7,2%)	3 (3,7%)	9 (5,6%)	Chi2(2)=1,4; p=0,507	

Tabelle 1. Soziodemografische Daten

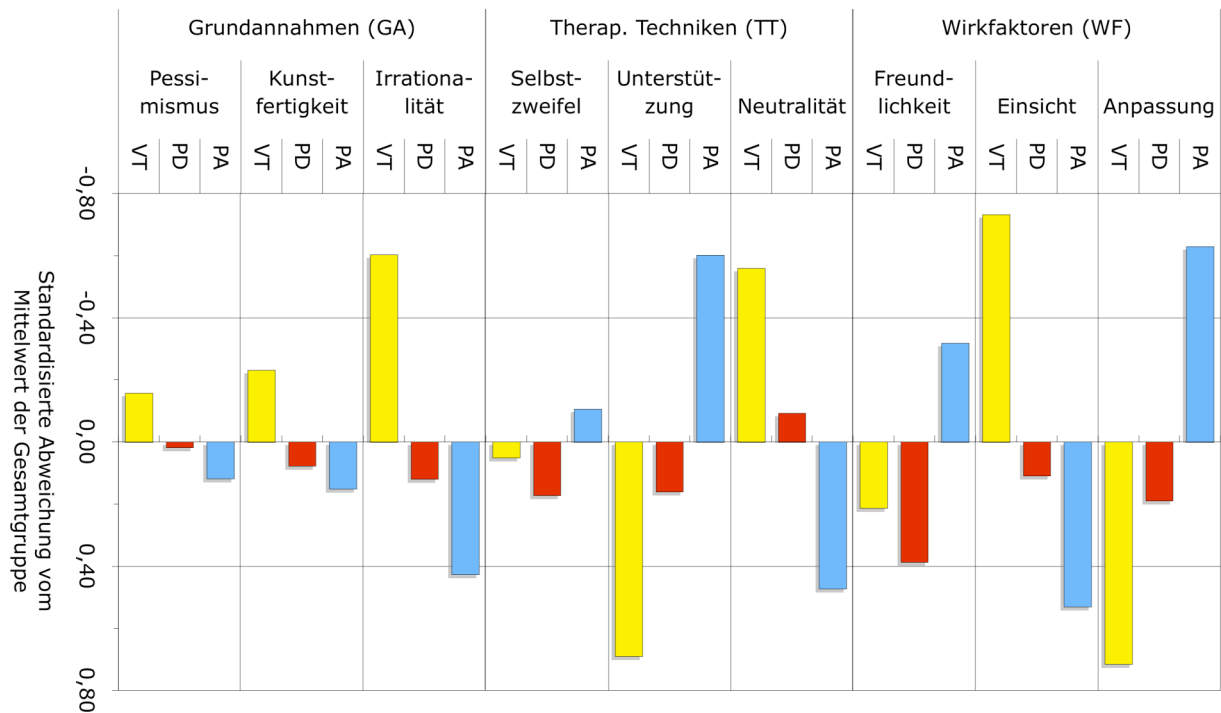


Abbildung 1. Annahmen der Therapeuten über die Wirkfaktoren, die therapeutische Technik und über Psychotherapie allgemein und Persönlichkeit ; dargestellt sind die standardisierten Abweichungen der Gruppenmittelwerte vom Mittelwert der Gesamtgruppe („standard deviation scores“)

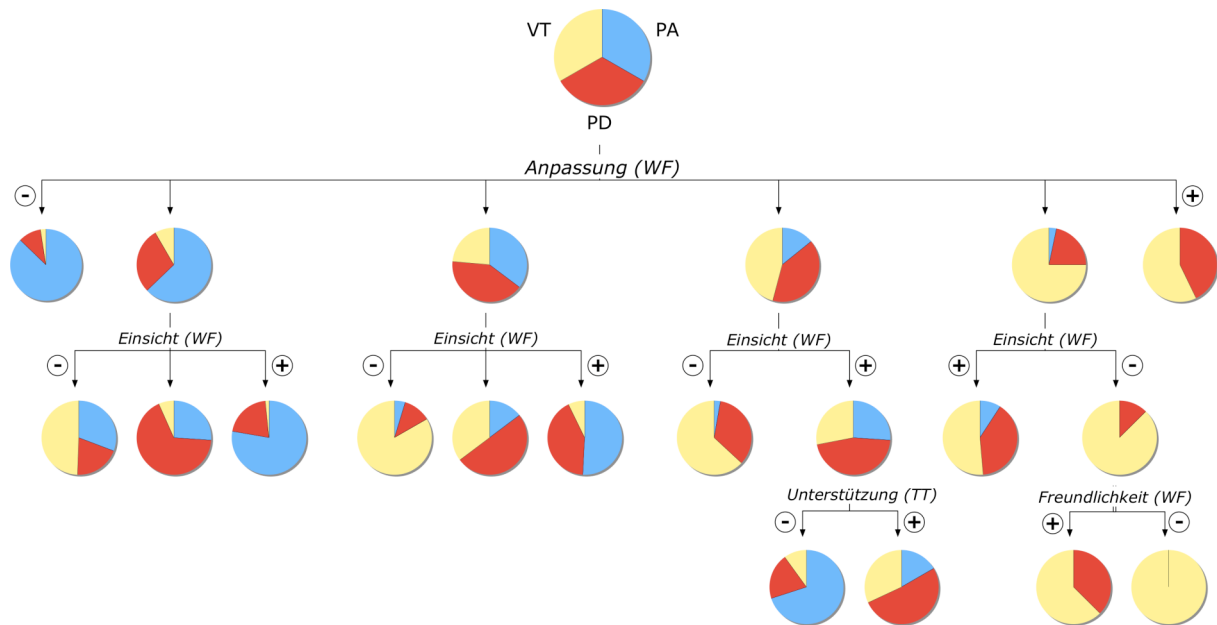


Abbildung 2. Segmentierung der Gesamtgruppe in Untergruppen anhand der kurativen Faktoren und der Technikfaktoren; dargestellt sind die Ergebnisse der CHAID-Analyse, nämlich der (standardisierte) Anteil der Therapieformen in der Gesamt- und in den Untergruppen (vgl. Text)

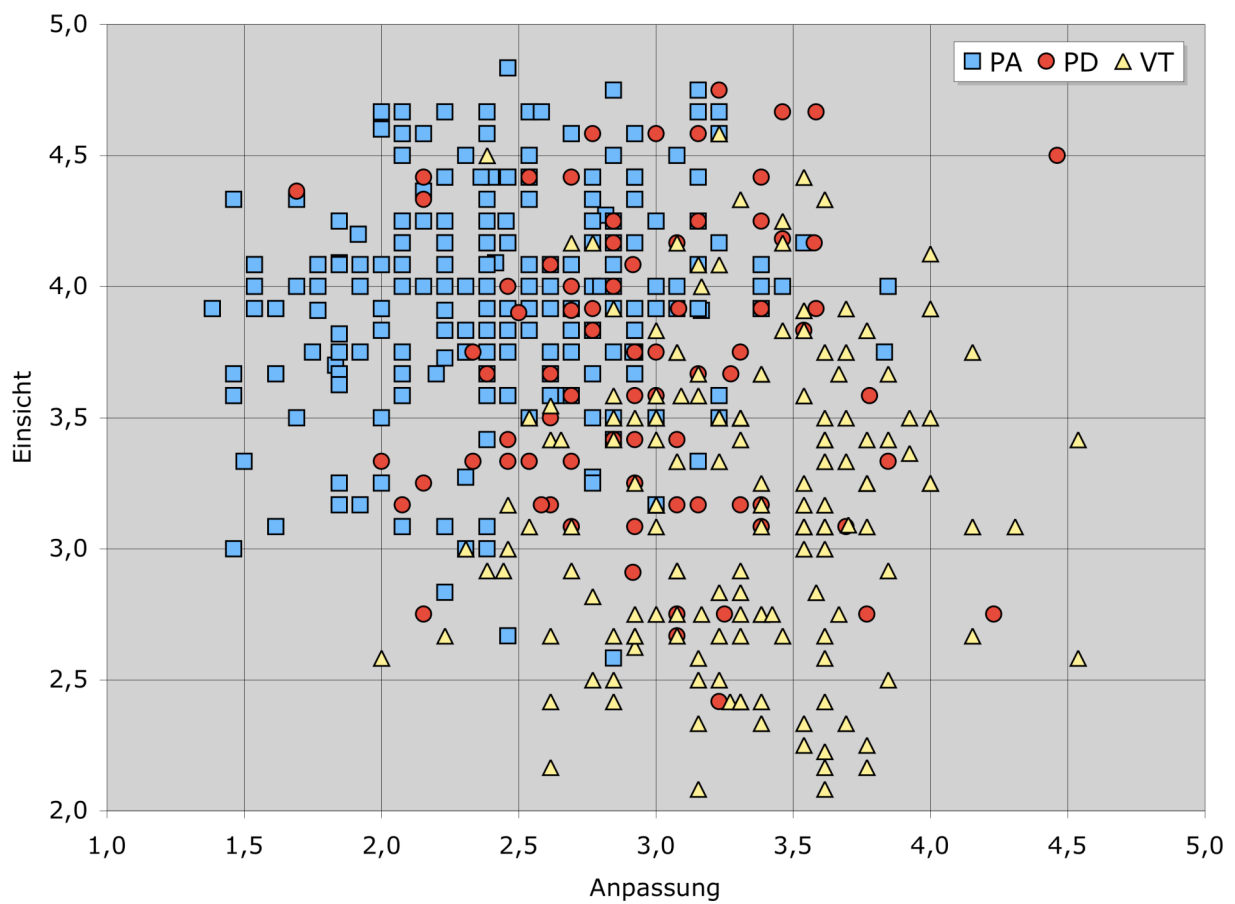


Abbildung 3. Verteilung der Therapeuten hinsichtlich der Ausprägung in den TASC-Skalen Anpassung und Einsicht als Wirkfaktoren (Streudiagramm)

Anhang

Es wurde die "Therapeutic Attitudes Scale" (TASC) entwickelt, der Teil des ThAt ist.

Die TASC besteht aus drei Sektionen:

- 1) Kurative Faktoren („curative factors“)
- 2) Therapeutischer Stil („therapeutic style“)
- 3) Grundannahmen („basic assumptions“)

Sektion: Kurative Faktoren (Wie sehr tragen Ihrer Ansicht nach die folgenden Techniken oder „Zutaten“ zu einer anhaltenden und stabilen therapeutischen Veränderung bei?)

1) Anpassung („adjustment“)

1. Den Patienten anregen, über seine Probleme positiver zu denken
2. Dem Patienten helfen, seine Gefühle zu kontrollieren
3. Dem Patienten konkrete Ratschläge geben
4. Dem Patienten helfen, die Wiederholung alter Fehler zu vermeiden
5. Dem Patienten konkrete Ziele geben
6. Die Initiative ergreifen und die Sitzungen bestimmen
7. Dem Patienten helfen, sich an die bestehenden sozialen Bedingungen anzupassen
8. Dem Patienten helfen, angstausslösende Situationen zu vermeiden
9. Mit den Symptomen des Patienten arbeiten
10. Dem Patienten helfen, schmerzhaftes Erinnerungen zu vergessen
11. Den Patienten über seine Symptome und psychischen Probleme instruieren
12. Dem Patienten helfen, mit seinen Symptomen zurechtzukommen
13. Dem Patienten helfen, realitätsorientierter zu werden

2) Einsicht („uncovering“/ „insight“)

1. Mit den Kindheitserinnerungen des Patienten arbeiten
2. Dem Patienten verstehen helfen, dass er seine alten Verhaltensweisen und Beziehungen wiederholt
3. Dem Patienten verstehen helfen, dass alte Reaktionen und Beziehungen mit dem Therapeuten wiederholt werden
4. Dem Patienten unterstützen, frühe, schmerzhaftes Erlebnisse zu reflektieren
5. Dem Patienten Gelegenheit geben, mit seinen Träumen zu arbeiten
6. Dem Patienten helfen, die Verbindungen zwischen seinen Problemen und seiner Kindheit zu sehen
7. An der Abwehr des Patienten arbeiten

8. Die Körpersprache des Patienten interpretieren
9. Die Sexualität des Patienten zum Vorschein bringen
10. Dem Patienten helfen, seine Gefühle zu klären
11. Dem Patienten seine Gefühle ausagieren lassen (Katharsis)
12. Dem Patienten helfen, möglichen sexuellen Missbrauch zu erinnern und sich damit zu konfrontieren

3) Freundlichkeit („kindness“)

1. Beachtung und Fürsorglichkeit
2. Warmherzig und freundlich sein
3. Den Patienten unterstützen und ermutigen
4. Den Patienten fühlen lassen, dass er vom Therapeuten gemocht wird
5. Dem Patienten helfen, seine Sorgen loszuwerden

Sektion: Therapeutischer Stil (Was für ein Therapeut sind Sie?)

4) Neutralität („neutrality“)

1. Ich drücke meine Gefühle in den Sitzungen nicht aus
2. Ich beantworte keine persönlichen Fragen des Patienten
3. Meine verbalen Interventionen sind kurz und knapp
4. Ich halte meine persönliche Meinungen und Verhältnisse völlig aus der Therapie heraus
5. Ich bin in der Therapie eher neutral als persönlich
6. Den therapeutischen Rahmen einzuhalten ist für meine Arbeit fundamental
7. Wenn ein Patient fragt, willige ich schon mal ein, mit einem Angehörigen zu sprechen *
8. Ich möchte, dass der Patient starke Gefühle in der Therapie entwickelt
9. Meine Gegenübertragung ist ein wichtiges Instrument in meiner Arbeit
10. Ich vermeide Körperkontakt mit dem Patienten

5) Unterstützung („supportiveness“)

1. Ich bin aktiv in den Sitzungen
2. Es ist wichtig, das Material zu ordnen und zu strukturieren
3. Ich stelle dem Patienten häufig Fragen
4. Es ist wichtig, dem Patienten Hoffnung zu vermitteln
5. Ich teile die therapeutischen Ziele am Beginn der Therapie dem Patienten mit
6. Ich mache mir die therapeutischen Ziele während der Therapie klar
7. Ich stehe zusätzlichen Sitzungen positiv gegenüber
8. Ich möchte nicht, dass der Patient starke Gefühle gegenüber meiner Person entwickelt
9. Es ist wichtig, für die Probleme des Patienten Empathie zu zeigen

6) Selbst-Zweifel („self-doubt“)

1. Ich finde es schwierig, mit der Aggression des Patienten umzugehen
2. Ich lasse während der Sitzung keine langen Schweigepausen zu
3. Ich finde es nicht schwer, den Patienten zu enttäuschen
4. Ich bezweifle meine Fähigkeit, die Gefühle des Patienten „containen“ zu können
5. Meine Betroffenheit über die Lebensziele des Patienten behindert meine therapeutische Arbeit
6. Ich kann am besten mit Patienten, die mir ähnlich sind

Sektion: Grundannahmen („basic assumptions“) (In diesem Abschnitt geht es um Ihre Ansicht über das Wesen der Psychotherapie und des Menschen.)

7) Rationalität v. Irrationalität („irrationality“)

1. Von Natur aus sind Menschen.....rational/ irrational
2. Menschliches Verhalten wird beherrscht von.....freiem Willen/ unkontrollierbaren Faktoren
3. Menschliches Verhalten wird beherrscht von.....äußeren objektiven Faktoren/ inneren subjektiven Faktoren
4. Psychotherapeutische Arbeit wird bestimmt durch.....bewusste Prozesse/ unbewusste Prozesse

8) Handwerk / Kunst („art“)

1. Psychotherapie kann beschrieben werden als eine....Kunstform/Wissenschaft *
2. Psychotherapie kann beschrieben werden als ein....Handwerk/ freie, kreative Arbeit
3. Psychotherapeutische Arbeit wird bestimmt durch..... Ausbildung/ Persönlichkeit
4. Psychotherapeutische Arbeit wird bestimmt durch.....Intuition/ systematisches Denken *
5. Psychotherapeutische Arbeit wird bestimmt durch....relative Ansichten/ absolute Überzeugungen *

9) Optimismus v. Pessimismus („pessimism“)

1. Psychotherapeutische Arbeit wird bestimmt durch....dass alles verstanden werden kann/ dass nicht alles verstanden werden kann
2. Die grundlegenden Gesetzmäßigkeiten menschlichen Verhaltens sind..... völlig verstehbar/ überhaupt nicht verstehbar
3. Menschen können sich entwickeln....unbegrenzt/überhaupt nicht
4. Die Persönlichkeit wird geformt durch...Vererbung/ Umgebung *
5. Die Persönlichkeit ist grundsätzlich.....unveränderbar/veränderbar

Die Skalen des Kurativen Faktors und des Therapeutischen Stils sind Fünf-Punkte-Skalen („nicht“, „wenig“, „etwas“, „ziemlich“, „viel“).

Die „basic assumptions“-Skala ist eine bipolare Skala mit zwei gegensätzlichen Polen, auf der der Therapeut ein Kreuz setzen soll. Die Skala wird anschließend in eine Fünf-Punkte-Skala umgeformt.

Bei den mit einem Sternchen (*) markierten Items wird die Skala umgepolt.