

Über das "Zusammenspiel", das für eine therapeutische Allianz und ein gutes Therapieergebnis notwendig ist*

Lester Luborsky

Während der ersten 50 Jahre nach Einführung des Konzepts der therapeutischen Allianz (Freud 1912) schienen lediglich die klinischen Methoden ausreichenden Erklärungsgehalt für dieses Konzept bieten zu können. Während der nächsten 30 Jahre und darunter wiederum besonders während der letzten 15 Jahre haben die klinisch-quantitativen Methoden Schritt für Schritt einen zunehmend größeren Erklärungsbeitrag leisten können.

Heute liegen in ausreichendem Umfang Studien über die therapeutische Allianz vor, um den vorliegenden Überblick zu rechtfertigen. Die Ziele dieses Überblicks sind:

- auf die enorme Anzahl von Studien über Maße einer therapeutischen Allianz, die mit dem Therapieergebnis korreliert wurden, hinzuweisen,
- einen Überblick über den Einfluß der unterschiedlichen Faktoren auf die prädiktive Validität der Maße für die therapeutische Allianz, z. B. die Art der Meßmethode und die Art der Behandlung, auf die es angewandt wird, zu geben,
- zu versuchen, dem Leser eine Grundlage für die Trends innerhalb der Allianz-Ergebnis-Forschung zu vermitteln. Diese Interpretation, die sich gewissermaßen geistiger Akrobatik bedient, geschieht vor dem Hintergrund der in der dynamischen Psychotherapie wirksamen Mechanismen.

Der vorliegende Überblick konzentriert sich aus gutem Grund auf den Zeitraum nach 1976: Bis dahin wurde in den zahlreichen Studien ein noch sehr vorläufiger Fragebogen verwandt, das *Relationship Inventory* von Barrett-Lennard (1962) für Patienten- und Therapeutenurteile über die Beziehung. 26 von diesen Studien sind bei Gurman (1977) zusammengefaßt. Mit dem Beginn meiner Forschung im Jahr 1976 wurde eine zweite Methode geboren: die direkte Erfassung der Sitzung über operationale Maße der therapeutischen Allianz. Im folgenden erschienen eine Vielzahl solcher Methoden: sowohl unterschiedliche Arten von Fragebögen als

* Übersetzung von Dipl. Psych. Dieter Benninghoven, Göttingen

auch unterschiedliche Ratingverfahren über die Sitzungen. Man kann sagen, eine neue kreative Phase der Forschung auf diesem Gebiet war geboren.

Meine Vorbereitungen auf ein frühes Panel zum Thema der therapeutischen Allianz, das von Bordin (1975) einberufen worden war, führte zu der Entwicklung eines operationalen Maßes der Allianz: Zu der *Helping Alliance Counting Signs-Method* (Luborsky 1976; Morgan et al. 1982). Die *Helping Alliance* ist definiert als Ausdruck einer positiven Bindung zwischen Patient und Therapeut, in der der letztere als hilfreiche und unterstützende Person wahrgenommen wird. Das Maß basiert auf zwei Typisierungen therapeutischer Sitzungen: Typ 1 ist die helfende Beziehung, die davon abhängt, ob der Patient den Therapeuten als hilfreich und unterstützend erlebt, und Typ 2 ist die helfende Beziehung mit dem Ziel, zusammenzuarbeiten, im gemeinsamen Kampf gegen alles, was den Patienten behindert.

Es wurden sechs Merkmale für *Typ 1* definiert:

1. der Patient fühlt Wärme und Unterstützung durch den Therapeuten,
2. der Patient glaubt, daß der Therapeut hilfreich ist,
3. der Patient fühlt sich verändert durch die Behandlung,
4. der Patient fühlt sich in Harmonie mit dem Therapeuten,
5. der Patient fühlt, daß der Therapeut ihn respektiert und wertschätzt,
6. der Patient vermittelt den Glauben an die Werte des Behandlungsprozesses.

Typ 2 umfaßt vier Merkmale:

1. der Patient erfährt die Beziehung so als ob man wirklich zusammenarbeitet,
2. der Patient hat ähnliche Annahmen über die Ursache der Probleme,
3. der Patient bringt die Überzeugung zum Ausdruck, daß er zunehmend zur Kooperation mit dem Therapeuten in der Lage ist,
4. der Patient beginnt, die Fähigkeit des Verstehens des Therapeuten zu übernehmen.

In der Folge entwickelten wir eine verwandte Methode, die auf die gleichen Merkmale aufbaut. Sie gibt dem Therapeuten aber die Möglichkeit, die Merkmale in einem Global-Rating zusammenzufassen. Es handelt sich dabei um die *Helping-Alliance-Global-Method* (Luborsky et al. 1983). Darüber hinaus konstruierten wir eine dritte Methode, bei der wir die gleichen Merkmale in eine Fragebogenform fügten - die *Helping-Alliance-Questionnaire-Method* (Luborsky et al. 1985). Das Gesamtkonzept der therapeutischen Allianz entwickelte sich bei der Durchführung empirischer Untersuchungen, in denen alle drei Methoden angewandt wurden.

Der prädiktive Gehalt der therapeutischen Allianz

Bei allen Studien wurde der prädiktive Gehalt der Allianz, unabhängig davon, welches Maß zum Einsatz gekommen war, überprüft. Es wurden 24 Stichproben in 18 Studien ausgemacht. Jede dieser Studien wurde kurz auf der Grundlage ihres jeweiligen Signifikanzniveaus zusammengefaßt: Ein "+" wurde vergeben, wenn das Ergebnis einer Studie signifikant in die Richtung des Haupttrends ging; eine "0" wurde vergeben, wenn das Ergebnis nicht signifikant war, und "-", wenn das Ergebnis signifikant negativ war. Auf diese Art konnten wir eine Aussage darüber treffen, wie gut die Qualität der therapeutischen Allianz mit dem Therapieergebnis übereinstimmte. Wir fanden, daß in 19 von 24 Studien dieser Stichprobe das jeweilige Maß für die Allianz signifikant positiven Vorhersagegehalt hatte - ein eindrucksvolles Ergebnis (s. hierzu Tabelle 1).

Tabelle 1. Fragebögen zur therapeutischen Allianz als Prädiktoren für den Behandlungserfolg (seit 1976)

	Zahl der Studien	Zahl der Signifikanzen
Fragebögen über die Therapeutische Allianz	18	14
Fremdbeobachtung der Sitzung (Audio oder Video)	6	5
Insgesamt	24	19

(14 der 26 Studien mit dem *Barrett-Lennard Relationship Inventory* erfaßten die Beziehung zu einem frühen Zeitpunkt der Behandlung. Damit konnte auch in diesen 14 Studien der Vorhersagegehalt überprüft werden - in 12 der 14 Studien stand die therapeutische Allianz in einem positiven Verhältnis zu dem jeweiligen Maß für das Therapieergebnis).

Faktoren, die den prädiktiven Gehalt der therapeutischen Allianz beeinflussen

In dem Bemühen, im Anschluß an diese Analyse weitere Informationen über die Wirksamkeit der therapeutischen Allianz zu gewinnen, überprüften wir jeden der 11 Faktoren, von denen wir annahmen, daß sie den prädiktiven Gehalt in jeder Stichprobe beeinflussen könnten.

Alle Allianzmaße sagen das Therapieergebnis vorher

Das Hauptergebnis bei dem Vergleich des relativen Vorhersagegehalts der zwei Methoden war nicht überraschend - es gibt keinen Hinweis darauf, daß eines der beiden Maße dem anderen überlegen ist. Sogar jene zwei Maße, die auf Fremdbeobachtungen der Sitzungen beruhen (*Global Ratings* und *Counting Signs*) erbrachten Korrelationen vergleichbarer Stärke (Alexander u. Luborsky 1986; Luborsky et al. 1988).

Überrascht waren wir jedoch von der unterschiedlichen Anzahl der Studien, in denen diese Methoden eingesetzt worden waren. Wir hatten zu Beginn mit einer viel größeren Zahl von Studien gerechnet, die eine Fremdbeurteilungsmethode einsetzten. Von den 24 Stichproben entsprachen allerdings nur 6 diesem Kriterium.

Der relative Vorzug der Fragebogenverfahren hat wahrscheinlich mit der Einfachheit ihrer Anwendung zu tun (Fragebogenverfahren machen die Transkribierung von Texten und die nochmalige Bearbeitung von Sitzungen unnötig). Es sei jedoch darauf hingewiesen, daß der häufigere Einsatz von Fragebogenverfahren nicht auf der Annahme beruhte, daß beide Methoden miteinander korrelierten.

Einige Studien befaßten sich gerade mit diesem Sachverhalt. Es wurde festgestellt, daß einige spezifische Maße sich hinsichtlich dessen, was sie messen, überschneiden. Bei den Fremdbeurteilungsverfahren fanden wir bei drei Maßen einen Überschneidungsbereich: Bei der *California Psychotherapy Alliance Scale* (CALPAS; Marmar et al. 1989), der *Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale* (VTAS; Hartley u. Strupp 1983) und dem *Working Alliance Inventory-O* (Horvath u. Greenberg 1986). Das *Penn Helping Alliance Rating Measure* (Morgan et al. 1982) stand dagegen nur mit dem *Working Alliance Inventory-O* in Zusammenhang. Weitere Studien über die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Maßen sind z. Z. in Arbeit (MacKenzie 1989; Bachelor 1990; Hatcher et al. 1990).

*Die Qualität der therapeutischen Allianz sagt das Ergebnis **aller** psychotherapeutischen Behandlungsarten vorher*

Ein Faktor, der am meisten der Untersuchung bedarf, ist die Art der Behandlung. Da das Konzept der hilfreichen therapeutischen Allianz von der psychodynamischen Theorie abgeleitet ist, könnte man vermuten, daß es bei den psychodynamischen Therapien einen besonderen Vorhersagegehalt hat.

Tatsächlich müssen wir davon ausgehen, daß dieses Konzept auch für andere Therapieformen einen statistisch bedeutsamen Vorhersagegehalt hat. Marmar et al. (1989) überprüften den prädiktiven Gehalt der Allianz für dynamische, kognitive und Verhaltenstherapien. Ich weise beispielhaft auf das folgende mit Hilfe des Beck Depression Inventory (BDI) als Maß für den Therapieerfolg erhobene Ergebnis hin: Auf dem für die *Therapeuten* konstruierten Allianzfragebogen ergab sich eine mittlere Korrelation von .64 für die kognitive Therapie. Bei der Verhaltenstherapie lag diese Korrelation bei .21 und bei der dynamischen Therapie bei .37. Die Ergebnisse der *Patientenversion* lauten wie folgt: Verhaltenstherapie .40, kognitive Therapie .36 und dynamische Therapie .19. Die aus der Studie gezogenen Schlüsse legen für die *Therapeutenversion* nahe, daß die Ergebnisse kognitiver Therapien gut vorhergesagt, Ergebnisse der dynamischen Therapien mittelmäßig gut vorhergesagt, während die Ergebnisse der Verhaltenstherapien nur wenig erfolgreich vorhergesagt werden können. Auf der Grundlage der *Version für Patienten* konnte auch der Erfolg von psychodynamischen Therapien nur wenig erfolgreich vorhergesagt werden. Dabei sollte beachtet werden, daß die in dieser Studie eingesetzte CALPAS eine Fragebogenmethode ist, die in der Tradition des *Barrett-Lennard Relationship Inventory* steht. Für die hier vorgestellten Ergebnisse gelten weiterhin folgende Einschränkungen: Der CALPAS-Fragebogen wurde zu drei Zeitpunkten während der insgesamt 16 bis 20 Sitzungen dauernden Therapie gegeben (Sitzung 5, 10 und 15). Dann aber wurde ein Mittelwert gebildet und dieser wurde benutzt, um das Ergebnis vorherzusagen. Eigentlich sollten solche Vorhersagen jedoch getrennt für die verschiedenen Meßzeitpunkte berechnet werden, damit man sich einen Eindruck über die prädiktiven Korrelationen der ersten Sitzungen verschaffen kann.

Der *Penn Helping Alliance Questionnaire* wurde zuerst in einer Studie mit opiatabhängigen Patienten eingesetzt (Luborsky et al. 1985). Der Fragebogen wurde von den Patienten und den Therapeuten am Ende der dritten Sitzung in drei verschiedenen Gruppen ausgefüllt: dynamische (supportiv-expressive Therapie), kognitive Therapie und Drogenberatung. Über alle drei Gruppen zusammen ergab sich eine signifikante prädiktive Korrelation (.65). Die Korrelationen innerhalb der einzelnen Gruppen waren nicht signifikant.

In einer Studie über kognitive Therapien (DeRubeis u. Feely 1990) ergab die Korrelation zwischen der *Penn Helping Alliance Rating Scale* (Morgan et al. 1982) und dem Therapieergebnis kein signifikantes Ergebnis (das Ergebnis wurde

gemessen als Veränderung auf dem Beck Depression Inventory). In dieser Studie wurden die Ergebnisse nur auf die Einschätzung der Allianz nach einer frühen Sitzung bezogen.

Die Sicht des Patienten hat einen höheren Vorhersagegehalt als die Sicht des Therapeuten oder eines Fremdbeobachters

Dieses Ergebnis zeigt sich am besten bei der Fragebogenmethode, bei der die Einschätzung des Patienten über die therapeutische Allianz den Erfolg der Therapie besser vorhersagt als die Einschätzung des Therapeuten. Es weisen jedoch nicht alle Studien diesen Trend auf. Tichenor u. Hill (1989) fanden eine geringe Übereinstimmung zwischen der Einschätzung der Klienten, der Therapeuten und der Beobachter, wenn sie eine Sitzung beurteilen sollten. Dabei waren die Beobachter jedoch die einzigen, die eine Sitzung direkt einschätzten, während die Klienten und die Therapeuten einen Fragebogen beantworteten.

Eine positive Allianz hat einen höheren Vorhersagegehalt als eine negative

Luborsky et al. (1983) konnten zeigen, daß eine positive therapeutische Allianz einen höheren Vorhersagegehalt aufweist als eine negative. Dieses Ergebnis konnte von Marziali (1984) repliziert werden: Die positiven Beiträge des Patienten korrelierten zu .43; die negativen Beiträge des Patienten korrelierten zu -.29. Für die Therapeuten ergaben sich ähnliche Ergebnisse: Die positiven Beiträge des Therapeuten korrelierten zu .28, die negativen zu -.06.

Die Maße zur Einschätzung der Allianz und des Ergebnisses überschneiden sich unter Umständen

Der prädiktive Gehalt der therapeutischen Allianz könnte vielleicht von der teilweisen Überschneidung mit den Ergebnismaßen profitieren. Die Überschneidung ist aber wahrscheinlich nur gering (s. hierzu auch die Diskussion bei Luborsky et al. 1988), weil die Ergebnismaße zusammengesetzt sind aus einem breiten Spektrum unterschiedlicher Informationen, d. h. aus den Angaben der Patienten, der Beobachter und der Therapeuten. Die Verbesserungen, die in den Aussagen zur *Helping Alliance* während der ersten Sitzungen dokumentiert werden, sind ebenfalls nur geringfügig im Vergleich mit den substantiellen Verbesserungen am Behandlungsende.

Diese Vermutungen bedürfen natürlich der empirischen Überprüfung. Eine Möglichkeit wäre z. B., die Items über die *frühen Verbesserungen* mit denjenigen, die die Allianz allein betreffen, hinsichtlich ihres prädiktiven Gehalts zu vergleichen.

Wenn man die Qualität der Allianz mit einem Therapeuten beurteilen soll, wäre diese Einschätzung natürlich von den Erfolgen, die man bis dahin mit diesem Therapeuten errungen hat, beeinflusst. Die Frage wäre nur wie sehr? Wenn

der Therapieerfolg gerade eingesetzt hätte, dann könnte man einen Teil dieses Fortschritts der positiven Allianz zuschreiben. Oder es wurde vielleicht noch nicht so viel erreicht, aber man fühlt bereits, daß die Allianz gut ist und man kann somit zukünftige Verbesserungen erwarten. Wir würden also erwarten, daß die Einschätzung der Qualität der therapeutischen Allianz bis zu einem gewissen Grad mit den vorausgegangenen Erfolgen in der Therapie korreliert ist.

Gaston et al. (1988) gingen dieser Frage nach. Bei einer Stichprobe depressiver Patienten identifizierten sie den Schweregrad der Symptomatik zu Beginn der Therapie, die Verbesserungen bis zu dem Zeitpunkt, zu dem die Qualität der Allianz gemessen wurde sowie die CALPAS-Werte der Patienten und Therapeuten. Zum Zeitpunkt der fünften Sitzung beispielsweise konnten die Allianzwerte 19%-57% der Ergebnisvarianz aufklären. Die Qualität der Allianz trug zur Varianz der Ergebnisse unmittelbar nach Beendigung der Therapie und zur Varianz der Symptomveränderung während der Behandlung bei.

Auch DeRubeis u. Feely (1990) überprüften diese Frage. In einer frühen Sitzung (Sitzung 2 oder 3) einer 12 Sitzungen dauernden kognitiven Therapie korrelierte die Subskala *Vorausgegangene Veränderungen* zu .28 (nicht signifikant) mit den BDI-Werten. Die Korrelation der *nachfolgenden Veränderungen* betrug nur noch .10. Die Autoren kamen zu dem Schluß, daß der Zusammenhang zwischen der Qualität der Allianz und den *vorausgegangenen Veränderungen* (nicht signifikant) größer war als jener zwischen der Allianz und *nachfolgenden Veränderungen*.

Das Verhalten des Therapeuten kann die Allianz fördern

Oft mag der Zustand der Allianz keine besondere Aufmerksamkeit benötigen, wenn dies jedoch der Fall sein sollte, kann die Qualität durch spezifische Verhaltensweisen des Therapeuten gefördert werden. Zwei Verfahren zur Erfassung dieses unterstützenden Therapeutenverhaltens mit einer mittleren Reliabilität (ein Ratingverfahren und eine Auszählmethode) wurden konstruiert, um diese Annahme zu prüfen (Luborsky et al. 1988). Das Maß für das unterstützende Therapeutenverhalten (*TFB, Therapist Facilitating Behavior*) zeigte Übereinstimmungen mit der helfenden Allianz. Dies legt nahe, daß das unterstützende Therapeutenverhalten die Entwicklung einer positiven helfenden Allianz fördert.

Das unterstützende Verhalten selbst war jedoch gewöhnlich nicht signifikant mit den Ergebnismessungen korreliert. Die einzige Ausnahme bildet die Ratingform des TFB. Dieses Maß korrelierte zu .45 ($p < .05$) mit den Ratings für den Therapieerfolg.

Die systematische Erforschung der Art und Weise, wie Therapeuten die Allianz des Patienten am besten beeinflussen können, wie man z. B. mit Abbrüchen in der Allianz umgeht, steckt noch in ihren Anfängen. Foreman u. Marmar (1985) untersuchten die Entwicklung von sechs Patienten in psychody-

namischer Therapie. Alle sechs Patienten hatten wenig zufriedenstellende therapeutische Allianzen mit ihren Therapeuten zu Beginn der Therapie. Bei 3 Patienten änderte sich dies jedoch. Ihre therapeutischen Allianzen verbesserten sich und sie erreichten ein gutes Therapieergebnis. Die anderen drei jedoch konnten ihre Allianzen nicht verbessern und schlossen mit einem schlechten Therapieergebnis ab. Die am häufigsten eingesetzten Techniken der Therapeuten bei den Patienten, die sich besserten, waren der Umgang mit der Abwehr, der Schuld und den Gefühlen der Patienten gegenüber ihrem Therapeuten. In einer weiteren Studie von Gaston et al. (1989) wurden fünf Patienten in kognitiver Therapie, die ebenfalls die Therapie mit einer schlechten Allianz begonnen hatten, untersucht. Hier war die häufigste Intervention der Therapeuten bei den Patienten, bei denen sich die Allianz verbesserte, das Fokussieren problematischer Beziehungen der Patienten mit anderen Schlüsselpersonen in ihrem Leben. Im Falle der nicht verbesserten Allianzen hatten die Therapeuten lediglich das Problemlöseverhalten in kritischen Situationen fokussiert.

All diese Hinweise, daß Therapeuten Möglichkeiten haben, die Allianz zu verbessern, bestärken uns, daß ein Zusammenhang zwischen der therapeutischen Allianz, dem Therapieverlauf und ihrem Ergebnis besteht. Es liegen allerdings noch weitere Hinweise vor: Therapeuten könnten sich interindividuell unterscheiden hinsichtlich ihrer Fähigkeit, eine Allianz herzustellen. Die Korrelationen zwischen a) dem Behandlungserfolg einzelner Therapeuten und b) den Ratings ihrer Patienten im Fragebogen zur therapeutischen Allianz legen solche individuellen Unterschiede bei den Therapeuten nahe.

Die psychische Gesundheit des Patienten und die Qualität seiner Objektbeziehungen stehen in Zusammenhang zur therapeutischen Allianz

Da die psychische Gesundheit des Patienten mit der Fähigkeit, eine Allianz einzugehen korreliert ist, müssen wir diese Fähigkeit z. T. als eine Variable betrachten, die die Patienten zur Therapie mitbringen. Beispielsweise korreliert die *Health Sickness Rating Scale* (HSRS) zu .44 ($p < .05$) mit der Auszählmethode zur Bestimmung der positiven Allianz (*Positive Helping Alliance Counting Signs*). Es ergab sich jedoch keine signifikante Korrelation mit dem Global-Rating für die helfende Allianz.

Da die Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen in einem sehr hohen Zusammenhang zu psychischer Gesundheit zu stehen scheint (Luborsky 1962), möchte ich an dieser Stelle kurz auf dieses Phänomen eingehen. Piper et al. (1991) konnten mit Hilfe einer Interviewmethode zeigen, daß die Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen den besten Prädiktor für das Therapieergebnis darstellte. Außerdem stand diese Variable in einem signifikanten Zusammenhang zu der von Patienten und Therapeuten eingeschätzten Qualität der therapeutischen Allianz. Alle diese Variablen wiesen einen Zusammenhang zur

Symptomverbesserung und zu den Verbesserungen bei den fokussierten Beschwerden auf.

Grundlegende Ähnlichkeiten zwischen Patient und Therapeut fördern die Qualität der Allianz

Ähnlichkeiten zwischen Patient und Therapeut bzgl. einiger grundlegender demographischer Charakteristika könnten einen Faktor darstellen, der den Aufbau einer therapeutischen Allianz einleitet. Bei der Penn Psychotherapy Studie (Luborsky et al. 1983) waren die Ähnlichkeiten zwischen Patient und Therapeut (berechnet für die Extremgruppen der 10 erfolgreicherer und der 10 weniger erfolgreichen Patienten) signifikant sowohl mit der Rating Methode als auch mit der Auszählmethode zur Qualität der Allianz korreliert. Die Ähnlichkeitswerte basierten auf 10 grundlegenden demographischen Variablen: Alter, Familienstand, Kinder, Religion, religiöse Aktivität, Eltern ausländischer Herkunft, gemeinsame institutionelle Zugehörigkeit (mit der University of Pennsylvania), kognitiver Stil, Erziehung, und Beruf. Für jede tatsächliche Gemeinsamkeit wurde ein Punkt vergeben. Der Summenwert korrelierte zu .60 ($p < .01$) mit den positiven Hinweisen für eine gute Allianz, gemessen mit der Auszählmethode, zu .62 ($p < .01$) mit der Differenz zwischen positiven und negativen Hinweisen und zu .53 ($p < .05$) mit der Ratingmethode. Die Items für Alter und religiöse Aktivität trugen am meisten zu diesen Korrelationen bei. Diese Ähnlichkeitswerte und verwandte Maße sollten weiter untersucht werden, da die korrelativen Ergebnisse darauf hinweisen, daß gewisse grundlegende Ähnlichkeiten zwischen Therapeut und Patient die Entwicklung einer guten therapeutischen Allianz fördern.

Wahrscheinlich kann man in der frühen Phase einer Behandlung das Ergebnis über die Qualität der Allianz am besten vorhersagen

Es liegen noch keine ausreichenden Hinweise über den Zeitverlauf der therapeutischen Allianz und den Zusammenhang zum Therapieergebnis vor. In den meisten Studien dienten die frühen Sitzungen als Prädiktoren. In einigen Untersuchungen wurden auch Mittelwerte über alle Sitzungen als Prädiktoren berechnet (z.B. Marmar et al. 1989). Hartley u. Strupp (1983) mittelten die Werte für die Allianz über alle Sitzungen. Sie fanden lediglich *einen* signifikant prädiktiven Zeitpunkt - den Zeitpunkt nach Ablauf von 25% der gesamten Therapie. Ein vergleichbares Ergebnis erhielten DeRubeis u. Feely (1990) - nur die frühen Sitzungen hatten prädiktiven Gehalt.

Man braucht eine angemessene Stichprobe von Sitzungen, um mittels der therapeutischen Allianz das Therapieergebnis vorhersagen zu können

Es ist wahrscheinlich schwierig, mit einer kleinen Zahl von Sitzungen eine signifikante Vorhersage zu treffen. Diese Begrenztheit wurde uns deutlich, als wir die

Helping Alliance Counting Signs zur Einschätzung der Allianz in zwei Sitzungen zugrunde legten (Luborsky et al. 1983) - eine zusätzliche dritte oder vierte Sitzung hätte wahrscheinlich validere Werte erbracht und hätte dadurch auch einen höheren prädiktiven Gehalt ergeben. Dieser Punkt wurde bisher in der Forschung zu diesem Thema noch nicht ausreichend beachtet.

Die Variationen in der Qualität der Allianz können weitreichend und sehr bedeutsam sein. Es kommt sogar vor, daß die Allianz so schwerwiegend gestört wird, daß die Behandlung vorzeitig beendet wird (Safran et al. 1990). Solche Abbrüche treten auf, wenn die Übertragungskonflikte aktiviert werden, die für die Irritationen in der Beziehung zwischen Patient und Therapeut verantwortlich zu machen sind.

Interpretation der Zusammenhänge zwischen Allianz und Therapieergebnis

Die Psychotherapieforschung hat in den letzten 15 Jahren enorme Fortschritte gemacht, was das Wissen über die therapeutische Allianz angeht. Betrachtet man die Anzahl der Studien, in denen das Therapieergebnis in einem signifikanten Zusammenhang zur Qualität der therapeutischen Allianz steht, so darf man wohl behaupten, daß die therapeutische Allianz den *bedeutendsten Wirkfaktor* in der Behandlung darstellt. Der einzige Faktor, über den mehr Studien publiziert wurden, ist die psychische Gesundheit des Patienten vor der Behandlung.

Die Hauptaussage dieser Studien ist, daß diese Maße generell das Therapieergebnis vorhersagen: in 24 Patientenstichproben (aus 18 verschiedenen Studien seit 1976) lag der prädiktive Gehalt in einem Bereich von .20 bis .45).

Zusammenfassend kann man davon ausgehen, daß 11 Faktoren die Höhe der Korrelationen zwischen der Qualität der Allianz und dem Therapieergebnis beeinflussen (s. hierzu auch Tabelle 2):

Tabelle 2. Faktoren, die das Verhältnis von therapeutischer Allianz und Therapieergebnis beeinflussen

Faktoren	Grad des Einflusses
Art der Meßmethode	wenig bis gar nicht
Art der Behandlung	wenig bis gar nicht
Perspektive des Patienten, des Therapeuten oder des Fremdbeobachters	moderat für alle Perspektiven, besonders der des Patienten
positive vs. negative Allianz	positiv, hat den größten prädiktiven Gehalt
Überschneidung zwischen Allianz- und Ergebnismaßen	gering
Überschneidung zwischen Allianz und aktuellen Verbesserungen in der Therapie	gering
Verstärkung durch das Therapeutenverhalten	sehr
Verstärkung durch psychische Gesundheit des Patienten	gering
Verstärkung durch Ähnlichkeiten zwischen Patient und Therapeut	gering
Verlauf der Behandlung	unklar
Stichprobengröße	mehr als eine Sitzung

- Die Meßmethode - ob Fragebogen oder Fremdbeobachtung - beeinflusst den prädiktiven Gehalt kaum.
- Die Therapieform scheint ebenfalls keinen großen Einfluß zu haben. Allerdings beziehen sich die meisten Studien auf psychodynamische Behandlungen. Die therapeutische Allianz ist auch in anderen Therapieformen wirksam. Besonders im Bereich der kognitiven und der interpersonellen Therapien sind weitere Studien notwendig.
- Alle Perspektiven, die des Patienten, des Therapeuten und die des Fremdbeobachters haben prädiktiven Gehalt. Die Sicht des Patienten ist dabei die valideste.
- Die Beziehungsressourcen des Patienten bieten den Grundstein für die Allianz. Eine positive Allianz hat einen größeren prädiktiven Gehalt als eine negative. Dieses Ergebnis überrascht uns nicht, da eine positive Allianz therapeutisch wünschenswert ist. Wenn sie also hergestellt ist, geht sie mit einem positiven Therapieergebnis einher. Bei einer negativen Allianz dagegen erreichen wir u. U. nach zusätzlichen therapeutischen Bemühungen doch noch eine etwas

positivere Allianz und damit eine größere Wahrscheinlichkeit für ein gutes Therapieergebnis.

- Es gibt nur eine geringe Überschneidung zwischen den Allianz- und den Ergebnismaßen.
- Es gibt Hinweise auf eine Überschneidung zwischen den Maßen für die Allianz und aktuellen Verbesserungen beim Patienten. Diese Überschneidung ist nicht überraschend. Je mehr ein Patient in der Therapie profitieren kann, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, daß eine therapeutische Allianz entsteht; und je weiter sich diese Allianz entwickelt, desto größer ist wiederum die Wahrscheinlichkeit für eine erfolgreiche Therapie.
- Der Therapeut kann die therapeutische Allianz fördern. Über das klinische Alltagswissen hinaus können wir sagen, daß es eine Korrelation zwischen dem fördernden Verhalten des Therapeuten und der Qualität der Allianz gibt. Weitere Unterstützung kann auch von seiten der Patienten kommen. Gesündere Patienten können vielleicht eher eine Allianz eingehen. Zusätzliche Unterstützung beruht auf den Ähnlichkeiten hinsichtlich grundlegender demographischer Charakteristika zwischen Therapeut und Patient.
- Der Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und der Allianz legt nahe, daß psychische Gesundheit den Aufbau einer Allianz fördert.
- Die Korrelationen zwischen der Allianz und den Ähnlichkeiten von Patient und Therapeut (Luborsky et al. 1988) weisen darauf hin, daß solche Ähnlichkeiten den Aufbau einer Allianz fördern.
- Veränderungen im Verlauf der Allianz bewirken inkonsistente Vorhersagen.
- Veränderungen bzgl. der Größe der Datengrundlage zur Erfassung der Qualität der Allianz machen die Vorhersage schwierig. In einigen Studien wurden wahrscheinlich zu kleine Stichproben verwandt. Mit einer größeren Stichprobe kann man u. U. höhere Korrelationen erreichen.

Erweiterter Ausblick

Es ist nun an der Zeit, mit etwas Abstand die Entwicklung zwischen therapeutischer Allianz und Therapieergebnis noch einmal zu betrachten. Aus dieser erweiterten Perspektive betrachtet ist es ein wesentlicher Fortschritt, daß die Korrelationen zwischen Allianz und Ergebnis nicht nur für dieses spezielle Maß gelten. Einen vergleichbaren Trend finden wir auch für andere Merkmale einer positiven Beziehung und zwar besonders aus der Sicht des Patienten. Eine weitere Bestätigung dieser Beobachtungen bietet der Überblick über weitere Merkmale einer positiven Beziehung (Luborsky et al. 1988, S. 350f.). Von 10 Studien hatte

lediglich eine keinen signifikanten prädiktiven Gehalt für das Therapieergebnis. Solche signifikant positiven Beziehungsmerkmale waren: eine *vorteilhafte Patient-Therapeut-Beziehung* (Parloff 1961), *sich vom Therapeuten verstanden fühlen* (Feitel 1968) oder *weniger Widerstand spüren* (Crowder 1972). Das Konzept der Allianz ist somit nur *ein* Beispiel für Merkmale einer positiven Beziehung. Auch die Ausprägung der anderen Merkmale korrelieren positiv mit dem Therapieergebnis.

Seit den frühen Versuchen, operationale Maße für das Allianzkonzept aus der Dokumentation einer Sitzung zu entwickeln (Luborsky 1976), sah man die Allianz nur als eine Komponente eines umfassenderen Konzepts. Dieses umfassendere Konzept erkannte man schließlich als das der Übertragungsmuster. Die therapeutische Allianz ist der Teil der Beziehungsmuster, der mit dem Therapeuten und mit der positiven Bindung an ihn zu tun hat. Weitere Forschung über die Allianz und das Zentrale Beziehungskonflikt Thema (ZBKT) ergab, daß Patienten, die von der Behandlung profitieren, mehr positive Erwartungen von anderen wahrnehmen und selbst mehr positive Reaktionen zeigen. Die therapeutische Allianz spiegelt die positive Bindung an den Therapeuten. Diese Bindungen variieren zusammen mit den positiven Erwartungen von anderen.

Vergößern wir den Abstand bei der Betrachtung unseres Gegenstands ein weiteres Mal, so erhalten wir einen weiteren enormen Zugewinn. Aus dieser noch einmal erweiterten Perspektive erhalten wir weiteren Einblick in die kurativen Faktoren, die in der psychodynamischen Therapie wirksam werden. Wir sollten drei kurative Faktoren zusammenfassen (Luborsky 1990).

- Die Notwendigkeit, eine zumindest in Teilen positive Beziehung zum Therapeuten aufzubauen.
- Der Patient muß seine Konflikte ausdrücken und Wege der Bewältigung zusammen mit dem Therapeuten erarbeiten.
- Eine Stabilisierung des Therapiegewinns während der Behandlung, die auch über das Ende der Behandlung hinaus aufrechterhalten wird.

Der erste Faktor steht im Einklang mit den Forschungsergebnissen zur Allianz. Dieser erste Faktor, der Aufbau einer zumindest teilweise positiven Allianz zum Therapeuten, wurde in diesem Review deutlich empirisch belegt. In der Tat wird dieser Faktor durch weit mehr Forschungsergebnisse unterstützt als die beiden anderen.

Die Allianz dient dem Patienten als "Übergangsobjekt" - als eine unterstützende und helfende Person, die Erfahrung damit hat, Hilfe zur Erreichung der Ziele des Patienten zu leisten und dies auch gegenwärtig tut. Gestützt wird diese Auffassung durch die Ergebnisse von Orlinsky u. Geller (1993) über die Zunahme der Repräsentanz des Therapeuten während der Therapie. Die hier zusammen-

getragenen Ergebnisse unterstützen die Erkenntnis, daß ein Therapeut eine wenigstens teilweise positive Allianz aufbauen kann. Er erfüllt damit eine wesentliche Voraussetzung für das benötigte Wachstum des Patienten, das während oder nach der Therapie eintreten soll. Die zweite wesentliche Voraussetzung ist das Wachstum, das durch das Durcharbeiten der Beziehungsprobleme angeregt wird, und mit der ersten Voraussetzung in Beziehung steht. Die positive Allianz ist letztlich ein essentiell notwendiger kurativer Faktor, der einen Teil des Wachstums in einer therapeutischen Umgebung, wie in einem Gewächshaus, zu erklären vermag.

Literatur

- Alexander L, Luborsky L (1986) Research on the helping alliance. In: Greenberg L, Pinsof W (eds) *The psychotherapeutic process: A research handbook*. Guilford, New York, pp 325 - 366
- Bachelor A (1990) Comparison and relationship to outcome of diverse dimensions of the Helping Alliance as seen by client and therapist. Paper at the meeting of the Society for Psychotherapy Research. Wintergreen VA
- Barrett-Lennard G (1962) Dimensions of the client's experience of his therapist with personality change. *Genetic Psychol Monographs* 76 (Monograph 43)
- Bordin E (1975) The working alliance and bases for a general theory of psychotherapy. Paper given at the annual meeting of the American Psychological Association, Washington DC
- Crits-Christoph P, Cooper A, Luborsky L (1988) The accuracy of therapists' interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 56: 490- 495
- Crowder JE (1972) Relationships between therapist and client interpersonal behaviors and psychotherapy outcome. *J Counseling Psychol* 19: 68 - 75
- DeRubeis R, Feeley M (1990) Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cogn Ther Res* 14: 469 - 482
- Feitel B (1968) Feeling understood as a function of a variety of therapist activity. Unpublished Ph D thesis. Teacher's College, Columbia University
- Foreman S, Marmar CR (1985) Therapist actions that address initially poor therapeutic alliances in psychotherapy. *Am J Psychiatry* 142: 922 - 926
- Frank A, Gunderson J (in press) The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia: Effects on course and outcome.
- Freud S (1912/1958) The dynamics of the transference. In: Strachey J (ed and trans) *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, vol 12. Hogarth, London, pp 99-108

- Gaston L, Marmar C, Ring J (1989) Engaging the difficult patient in Cognitive Therapy: Actions developing the therapeutic alliance. Paper given to the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research. Toronto, Canada
- Gaston L, Marmar CR, Thompson LW, Gallagher D (1988) Relation of patient pretreatment characteristics to the therapeutic alliance in diverse psychotherapies. *J Consult Clin Psychol* 56: 483 - 489
- Gurman A (1977) The patient's perception of the therapeutic relationship. In: Gurman A, Razin A (eds) *Effective Psychotherapy - A Handbook of Research*. Pergamon, Oxford, pp 503 - 543
- Gurman A, Razin A (eds) (1977) *Effective psychotherapy*. Pergamon, Oxford
- Hatcher R, Hansell J, Barends A, Leary K, Stuart J, White, K (1990) Comparison of psychotherapy alliance measures. Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research. Wintergreen VA
- Hartley D, Strupp H (1983) The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. In: Masling J (ed) *Empirical studies of psychoanalytic theories*, vol 1. Erlbaum, Hillsdale NJ, pp 1 - 27
- Horvath D, Greenberg L (1986) The development of the Working Alliance Inventory. In: Greenberg LS, Pinsof WM (eds) *The psychotherapeutic process: A research handbook*. Guilford, New York, pp 367 - 390
- Luborsky L (1962) Clinicians' judgments of mental health: A proposed scale. *Arch Gen Psychiatry* 7: 407 - 417
- Luborsky L (1975) Clinicians' judgments of mental health: Specimen case descriptions and forms for the Health-Sickness Rating Scale. *Bull Menninger Clinic* 35: 448 - 480
- Luborsky L (1976) Helping alliances in psychotherapy: The groundwork for a study of their relationship to its outcome. In: Claghorn JL (ed) *Successful psychotherapy*. Brunner & Mazel, New York, pp 92 - 116
- Luborsky L (1990) Theory and technique in dynamic psychotherapy - Curative factors and training therapists to maximize them. *Psychother Psychosom* 53: 50 - 57
- Luborsky L, Crits-Christoph P, Alexander L, Margolis M, Cohen M (1983) Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: A counting signs versus a global rating method. *J Nerv Ment Dis* 171: 480 - 492
- Luborsky L, Crits-Christoph P, Mintz J, Auerbach A (1988) Who will benefit from psychotherapy? Basic Books, New York
- Luborsky L, Diguer L, Luborsky E, McLellan AT, Woody G, Alexander L (1993) Psychological health as a predictor of the outcomes in dynamic and other psychotherapies. *J Consult Clin Psychol* 61: 542 - 548
- Luborsky L, McLellan AT, Woody GE, O'Brien CP, Auerbach A (1985) Therapist success and its determinants. *Arch Gen Psychiatry* 42: 602 - 611
- MacKenzie R (1989) Comparing methods to assess patients for therapy. Paper presented at the meeting of the American Psychiatric Association, San Francisco

- Marmar CR, Gaston L, Gallagher D, Thompson LW (1989) Alliance and outcome in late-life depression. *J Ment Nerv Dis* 171: 597 - 603
- Marmar CR, Weiss DS, Gaston L (1989) Toward the validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. *Psychological Assessment. J Con Clin Psychol* 1: 46 - 52
- Marziali E (1984) Three viewpoints on the therapeutic alliance: Similarities, differences, and associations with psychotherapy outcome. *J Nerv Ment Dis* 172: 417 - 423
- Miller N, Luborsky L, Docherty J, Barber J (eds) (1993) *Psychodynamic Treatment Research: A handbook for clinical practice*. Basic Books, New York
- Morgan R, Luborsky L, Crits-Christoph P, Curtis H, Solomon J (1982) Predicting the outcomes of psychotherapy by the Penn Helping Alliance method. *Arch Gen Psychiat* 39: 397 - 402
- Orlinsky D, Geller J (1993) Patients' representations of their therapists and therapy: A new focus of research. In: Miller N, Luborsky L, Barber J, Docherty J (eds) *Psychodynamic treatment research - A handbook for clinical practice*. Basic Books, New York
- Parlof M (1961) Patient-therapist relationships and outcome of psychotherapy. *J Consult Psychol* 25: 29 - 38
- Piper W, Azim HF, Joyce AS, McCallum M (1991) Quality of object relations vs. interpersonal functioning as predictors of therapeutic alliance and psychotherapy outcome. *J Nervous Mental Disease* 179: 432 - 438
- Safran J, Crocker P, McMain S, Murray P (1990) The therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychother* 27: 154 - 165
- Tichenor V, Hill CE (1989) Working alliance: A comparison of the validity and reliability of several measures. Manuscript submitted for publication