

Redaktion

M. Cierpka, Heidelberg

Günther Klug¹ · Gerhard Henrich² · Horst Kächele³ · Rolf Sandell⁴ · Dorothea Huber¹

¹ Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum

Harlaching, Städt. Klinikum München GmbH, München

² Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,

Klinikum rechts der Isar, Technische Universität, München

³ Universitätsklinik Psychosomatische Medizin und

Psychotherapie, Universität Ulm, Ulm

⁴ Linköping University, Linköping

Die Therapeutenvariable

Immer noch ein dunkler Kontinent?

„The psychotherapist matters“, diese Behauptung, die Luborsky et al. 1985 (Luborsky et al. 1985) hochkarätig und trotzdem wirkungslos publiziert haben, wurde erneut von Luborsky et al. (1997) empirisch untermauert. Niemand wird widersprechen wollen, der sich als Praktiker selbstkritische Gedanken über Erfolg und Misserfolg seiner Therapien gemacht hat. Allerdings sei „state of the art“, laut Beutler et al. (2004), dass in den vergangenen Jahren 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 Therapeutenvariablen auf das Behandlungsergebnis nur spekuliert werden.

Die systematische Untersuchung der Therapeutenvariablen der letzten Jahre hat Faktoren, die nicht durch die Ausbildung direkt beeinflusst werden, wie Persönlichkeit, Überzeugungen etc., als nicht sehr ergiebig bewertet (Kächele 2006). Man könnte aber genauso gut von einer Vernachlässigung sprechen, sodass deshalb eine „kritische Masse“ an Studien für Metaanalysen nicht verfügbar ist. Werte, Überzeugungen und Haltungen, nach dem Vorschlag von Sandell et al. (2004) als therapeutische Haltung zusammengefasst, können als der persönliche Hintergrund des Therapeuten auf-

gefasst werden, vor dem sich der therapeutische Prozess während der Behandlung entfaltet. Diese Forschung hat eine lange Tradition in der Psychotherapieforschung (Glover 1955; Fiedler 1950a; Fiedler 1950b; Sundland u. Barker 1962; Wallach u. Strupp 1964; McNair u. Lorr 1964; Sundland 1977). Neuere Studien sind die des Collaborative Research Network (CRN) of the Society for Psychotherapy Research (SPR; Orlinsky u. 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 sich im Kontext des Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPPP) diesem Aspekt ausgiebig gewidmet und überzeugend aufgewiesen, dass Werte, Überzeugungen und Haltungen von großer Erklärungskraft für die faktische Bandbreite der Varianz von Behandlungserfolgen sind (Sandell 2007). Sie haben dafür ein Instrument, den Fragebogen zur therapeutischen Identität („therapeutic identity“, ThId), in der deutschen Übersetzung Fragebogen zur therapeutischen Haltung („therapeutic attitude“, ThAt) entwickelt.

Dieses Messinstrument wurde gewählt, um die Therapeutenvariable weiter aufzuklären. Ausgehend von der Hypothese, dass Therapeuten verschiedener Schulen sich in ihrer therapeutischen Haltung voneinander unterscheiden, wurden psychodynamische Psychotherapeuten,

psychoanalytische Psychotherapeuten und Verhaltenstherapeuten untersucht. Es wurden signifikante Unterschiede zwischen diesen Gruppen erwartet.

Methode

Design

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

Insgesamt erhielten auf diese Weise 994 Psychotherapeuten den Fragebogen. Nach Abzug von „life members“, nach Doidge (Doidge et al. 2002; persönliche Mitteilung) Therapeuten, die „im Ruhe-

Gefördert durch den Research Advisory Board der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung.

stand oder halbwegs im Ruhestand sind, von denen nicht angenommen werden kann, dass sie beruflich aktiv sind oder neue Patienten annehmen, sodass ihre Teilnahme an der Studie die Resultate verfälschen würde“, 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 Rücklaufquote von 52%.

Definition der Stichprobe

Psychodynamische Psychotherapeuten (PD). Diese Gruppe bildeten alle Psychotherapeuten, die angaben, den Zusatztitel Psychotherapie erworben zu haben, oder deren Ausbildung dem Zusatztitel Psychotherapie äquivalent war. Die Unterstichprobe umfasste 81 Therapeuten; davon waren 23 männlich (28%) und 58 weiblich (72%). Der Altersdurchschnitt betrug 48 Jahre (Standardabweichung, SD, 7,9 Jahre). Bei den Teilnehmenden waren 62 Mediziner (76%), 18 Psychologen (22%), und einer war in einem anderen sozialen Berufen (2%) tätig.

Psychoanalytische Psychotherapeuten (PA). Diese Gruppe bildeten alle Psychotherapeuten, die angaben, den Zusatztitel Psychoanalyse (evtl. in Kombination mit dem Zusatztitel Psychotherapie) erworben und/oder einen Abschluss an einem psychoanalytischen Ausbildungsinstitut absolviert zu haben. Die Unterstichprobe umfasste 208 Therapeuten; davon waren 67 männlich (32%) und 141 weiblich (68%). Der Altersdurchschnitt betrug 52 Jahre (SD 8,6 Jahre). Bei den Teilnehmenden waren 83 Mediziner (40%), 119 Psychologen (57%), und 6 hatten einen anderen Grundberuf (3%).

Verhaltenstherapeuten (VT). Diese Gruppe bildeten alle Psychotherapeuten, die angaben, den Zusatztitel Verhaltenstherapie erworben und/oder einen Abschluss an einem verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut absolviert zu haben. Die Unterstichprobe umfasste 162 Therapeuten; 56 männlich (35%) und 105 weiblich (65%). Der Altersdurchschnitt betrug 47 Jahre (SD 9,3 Jahre). Bei den Teilnehmenden waren 8 Mediziner

(5%), 148 Psychologen (91%), und 6 hatten einen anderen Grundberuf (4%).

Messinstrument

Als Instrument kam der Fragebogen zur therapeutischen Identität (ThId), entwickelt von der Arbeitsgruppe um Sandell (Stockholm), zum Einsatz. Dieser untersucht Annahmen über die Wirkfaktoren im therapeutischen Prozess, über die therapeutische Technik, über Psychotherapie allgemein und Persönlichkeit, zusammenfassend die therapeutische Haltung genannt. Die von Klug et al. ins Deutsche übertragene Version wird „Fragebogen zur therapeutischen Haltung“ (ThAt) genannt.

Der ThAt ist ein 12 Seiten umfassender Fragebogen mit 150 Items, der in 8 Sektionen unterteilt ist:

- A: persönlicher und beruflicher Hintergrund,
- B: berufliche Erfahrung,
- C: Selbsterfahrung,
- D: theoretische Orientierung,
- E: therapeutischer Stil,
- F: Annahmen über Psychotherapie allgemein und Persönlichkeit,
- G: freie Assoziationen sowie
- H: Kommentare oder Gedanken.

Die Sektionen A–E werden mit 33 Items über die Wichtigkeit der kurativen Faktoren und mit 31 Items über die therapeutische Technik jeweils auf einer 5-Punkte-Skala erfasst. Sektion F wird mit 16 visuellen Analogskalen ermittelt, auf denen Grundannahmen über die menschliche Seele und über die Psychotherapie allgemein eingeschätzt werden können; Sektion G 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; Sektion H ermöglicht Kommentare oder Gedanken in freier Form.

Die Sektionen E1, E2 und F, als therapeutische Haltung („therapeutic attitude“) zusammengefasst, 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; s. Anhang) bezeichnet. Die 9 Faktoren wurden wie folgt genannt (Grant u. Sandell 2004; Sandell et al. 2004; Sandell et al. 2007):

1. Anpassung,
2. Einsicht,
3. Freundlichkeit,
4. Neutralität,
5. Unterstützung,
6. Selbstzweifel,
7. Irrationalität,
8. Kunstfertigkeit und
9. Pessimismus.

Statistische Analyse

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

Als multivariates Verfahren wurde die SPSS-Prozedur CHAID („CHI-squared Automatic Interaction Detector“; SPSS 2002) verwendet, die eine explorative Segmentierung der Stichprobe vornimmt. Jedes Segment unterscheidet sich dabei in dem Anteil der Therapeuten mit unterschiedlicher Therapieausrichtung und ist durch eine Kombination der unabhängigen Variablen (TASC-Skalen) definiert. 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 **Tab. 1** ersichtlich, sind die teilnehmenden psychoanalytischen Psychotherapeuten signifikant älter als psychodynamische Psychotherapeuten und Verhaltenstherapeuten. Letztere unterscheiden sich hinsichtlich des Alters nicht signifikant voneinander. 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.

Die gruppenspezifischen Annahmen der Therapeuten über die Wirkfaktoren und die therapeutische Technik sind in **Abb. 1** dargestellt. Hervorzuheben hier ist die TASC-Variable Anpassung (**Abb. 1, Wirkfaktoren**), die hochsignifikant am häufigsten von den Verhaltenstherapeuten ($F(2;246)=132,6$; $p=0,000$) gegenüber den psychoanalytischen Psychotherapeuten und den psychodynamischen Psychotherapeuten für einen Wirkfaktor gehalten wird, der zu einer anhaltenden und stabilen Veränderung führt. Umgekehrt wird die TASC-Variable Einsicht (**Abb. 1, Wirkfaktoren**) von den psychoanalytischen Psychotherapeuten hochsignifikant ($F(2;245)=106,0$; $p=0,000$) häufiger 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 ($F(2;245)=132,0$; $p=0,000$) als therapeutische Technik angegeben als von den psychodynamischen Psychotherapeuten und den psychoanalytischen Psychotherapeuten, während umgekehrt die TASC-Variable Neutralität als therapeutische Technik signifikant häufiger ($F(2;246)=61,7$; $p=0,000$) 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

Psychotherapeut 2008 DOI 10.1007/s00278-008-0598-6
© Springer Medizin Verlag 2008

Günther Klug · Gerhard Henrich · Horst Kächele · Rolf Sandell · Dorothea Huber Die Therapeutenvariable. Immer noch ein dunkler Kontinent?

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 sowie 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 unterscheiden sich erwartungsgemäß und damit theoriekonform signifikant voneinander: Sowohl Anpassung und Einsicht von den angenom-

menen Wirkfaktoren als auch Unterstützung und Neutralität von den Technikfaktoren trennen alle drei Gruppen signifikant voneinander. Die multivariate Analyse unterstreicht 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 · Psychodynamische Psychotherapeuten · Psychoanalytische Psychotherapeuten · Verhaltenstherapeuten

The therapist variable. Is it still an unknown factor?

Abstract

Background. The objective of this study was to investigate the therapeutic attitude as a self-contained dimension of the therapeutic process.

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

Results. There were highly significant differences between the three groups of ther-

apists, a finding which is in line with the basic theory. Adaptation and insight of the assumed curative factors as well as supportiveness and neutrality of the technique factors, differentiate the groups highly significantly. The multivariate analysis underlines the importance of adaptation and insight to differentiate between all groups.

Conclusion. The results by and large confirm the general assumptions held on the differences between the groups. Thus the ThAt appears 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 · Psychodynamic psychotherapists · Psychoanalytic psychotherapists · Behavioural therapists

Tab. 1 Soziodemografische Daten

	Psychoanalytische Psychotherapeuten (n=208)	Psychodynamische Psychotherapeuten (n=81)	Verhaltensthera- peuten (n=162)	Signifikanztests		
				„Overall“		Paarweise
					p	
Alter [Jahre]						
M (SD)	51,8 (8,6)	48,0 (7,9)	46,7 (9,3)	F(2;448)=16,6	0,000	PA>PD=VT
Geschlecht						
Weiblich, n (%)	141 (67,8)	58 (71,6)	105 (65,2)	X ² (2)=1,0	0,603	
Akademische Grundaus- bildung						
Medizin, n (%)	83 (39,9)	62 (76,5)	8 (4,9)	X ² (2)=129,7	0,000	PD>PA>VT
Psycholo- gie, n (%)	119 (57,2)	18 (22,2)	155 (95,7)	X ² (2)=137,3	0,000	VT>PA>PD
Andere, n (%)	15 (7,2)	3 (3,7)	9 (5,6)	X ² (2)=1,4	0,507	

M Mittelwert, PA psychoanalytische Psychotherapeuten, PD psychodynamische Psychotherapeuten, SD Standardabweichung, VT Verhaltenstherapeuten.

wird signifikant häufiger ($F(2;247)=61,9$; $p=0,000$) 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 ($F(2;247)=7,1$; $p=0,001$) als von den Verhaltenstherapeuten angegeben. Die TASC-Variable Pessimismus von den Annahmen über Persönlichkeit und Psychotherapie wird von den psychoanalytischen Psychotherapeuten signifikant häufiger ($F(2;247)=3,5$; $p=0,032$) als von den Verhaltenstherapeuten angegeben.

Bei allen TASC-Variablen liegen die psychodynamischen Psychotherapeuten in der Mitte. Keine signifikanten Unterschiede fanden sich bei der TASC-Variablen Selbstzweifel ($F(2;243)=2,5$; $p=0,080$).

Die Ergebnisse der multivariaten Analyse zeigt **Abb. 2**. Als unabhängige Variablen zur Segmentierung der Therapieformen wurden nur zwei Sektionen der TASC-Skalen (therapeutische Technik und Wirkfaktoren, ohne Grundannahmen) eingesetzt, da auf die Haltung des Therapeuten, die unmittelbar im therapeutischen Prozess wirksam werden kann, fokussiert werden sollte. Die TASC-Variable Anpassung von den angenommenen Wirkfaktoren trägt am meisten zur Gruppentrennung zwischen psy-

choanalytischen Psychotherapeuten, psychodynamischen Psychotherapeuten und Verhaltenstherapeuten bei. Die Untergruppe der zweiten Ebene (**Abb. 2, links außen**) mit der geringsten Ausprägung in der Skala Anpassung (–) besteht zu 87% aus Psychoanalytikern, in der Untergruppe der gleichen Ebene (**Abb. 2, rechts außen**) mit der größten Ausprägung auf dieser Skala (+) befindet sich überhaupt kein Psychoanalytiker mehr; 57% sind hier Verhaltenstherapeuten und 43% psychodynamische Psychotherapeuten. Je stärker die Anpassung als Wirkfaktor eingeschätzt wird, desto geringer wird der Anteil der Psychoanalytiker in der Untergruppe (**Abb. 2; von links nach rechts**). Die TASC-Variable Einsicht von den angenommenen Wirkfaktoren klärt nach weiterer Segmentierung die meiste zusätzliche Varianz auf. Die TASC-Variablen Unterstützung (Wirkfaktoren) und Freundlichkeit (therapeutische Technik) klären weitere Varianz auf. Eine extreme Untergruppe in dem Baumdiagramm (**Abb. 2, rechts unten**) ist durch eine hohe Einschätzung der Anpassung als Wirkfaktor und eine geringe Einschätzung von Einsicht sowie Freundlichkeit gekennzeichnet und besteht zu 100% aus Verhaltenstherapeuten.

Das Streudiagramm in **Abb. 3** zeigt die Verteilung der einzelnen Therapeuten hinsichtlich der TASC-Variablen Anpassung und Einsicht. Die Psychoanalytiker

gruppieren sich hauptsächlich im Quadranten mit viel Einsicht und wenig Anpassung, die Verhaltenstherapeuten im gegenüberliegenden Quadranten mit wenig Einsicht und viel Anpassung, die psychodynamischen Therapeuten zeigen die größte Streuung und liegen etwa in der Mitte.

Diskussion

Zunächst sollen einige methodenkritische Fragen diskutiert werden. Eine Rücklauftrate von 52% entspricht in etwa der durchschnittlichen Rücklauftrate, wie sie bei Umfragen unter amerikanischen Therapeuten erreicht wird (s.z.B. Norcross u. Guy 2005); deutsche Studien (z. B. Stehle 2004) liegen oft erheblich darunter. Die relativ hohe Rücklauftrate dieser 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 ist es ein methodischer Mangel dieser Studie, dass wegen der strikten Anonymität der Befragung keine Aussagen gemacht werden können, ob sich die Responder hinsichtlich der Prüfgrößen signifikant von den Nonrespondern unterscheiden. Ein weiterer methodischer Mangel ist es, die therapeutische Haltung nur als Selbsteinschätzung

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

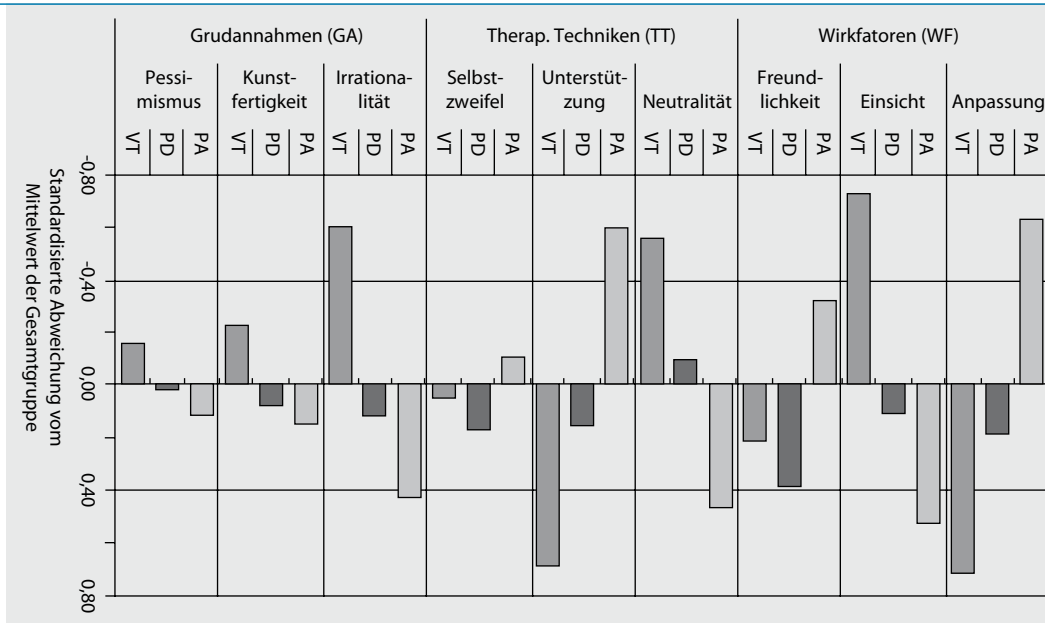
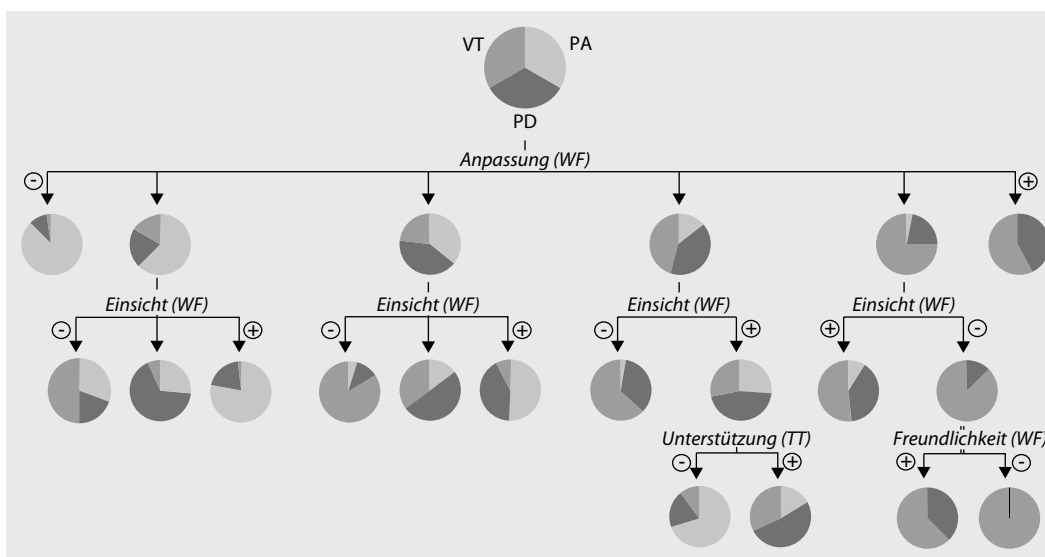


Abb. 2 ► Segmentierung der Gesamtgruppe in Untergruppen anhand der kurativen Faktoren und der Technikfaktoren; dargestellt sind die Ergebnisse der CHAID-Analyse, nämlich der (standardisierte) Anteil der Therapieformen in der Gesamt- und in den Untergruppen (vgl. Text)



des Therapeuten zu erheben: Nicht was der Therapeut wirklich tut, wird erfasst, sondern was er sagt, dass er tut.

Zunächst bestätigen die Befunde die von Arthur (2001) nach einer Literaturübersicht getroffene Aufteilung in psychodynamische Psychotherapeuten und Verhaltenstherapeuten. Darüber hinaus aber zeigt die Varianzanalyse (ANOVA) als univariates Verfahren, dass auf der Ebene der Annahmen über die Wirkfaktoren die Variablen Einsicht und Anpassung hochsignifikant zwischen den drei Therapieformen trennen (■ Abb. 1). Die Befunde bestätigen die Ergebnisse von Sandell et al. (2004), die ebenfalls fanden, dass Anpassung signifikant häufiger bei Verhaltenstherapeuten und Einsicht signifi-

kant häufiger bei Therapeuten mit psychoanalytischer Orientierung zu finden ist. Auf der Itemebene betrachtet (s. Anhang), bedeutet die Betonung der Anpassung als Wirkfaktor der Therapie zunächst eine Anerkennung sowohl des Symptoms als auch der äußeren Realität und der Notwendigkeit durch einen bewussten sowie direkten, edukativen Appell an die Steuerungs- und Kontrollfähigkeiten des Patienten, auch bei Verdrängung von bestimmten, den Symptomen zugrunde liegenden Erlebnissen, beide miteinander in Einklang zu bringen. 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 auf die Förderung von intrapsychischen Prozessen in der Therapie ab, die theoretisch als hinter den Symptomen und hinter der subjektiven Wahrnehmung äußerer Realität psychodynamisch wirksam 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 (s. Schaap et al. 1993) belegen, pflegen die Verhaltenstherapeuten mehr die „common factors“

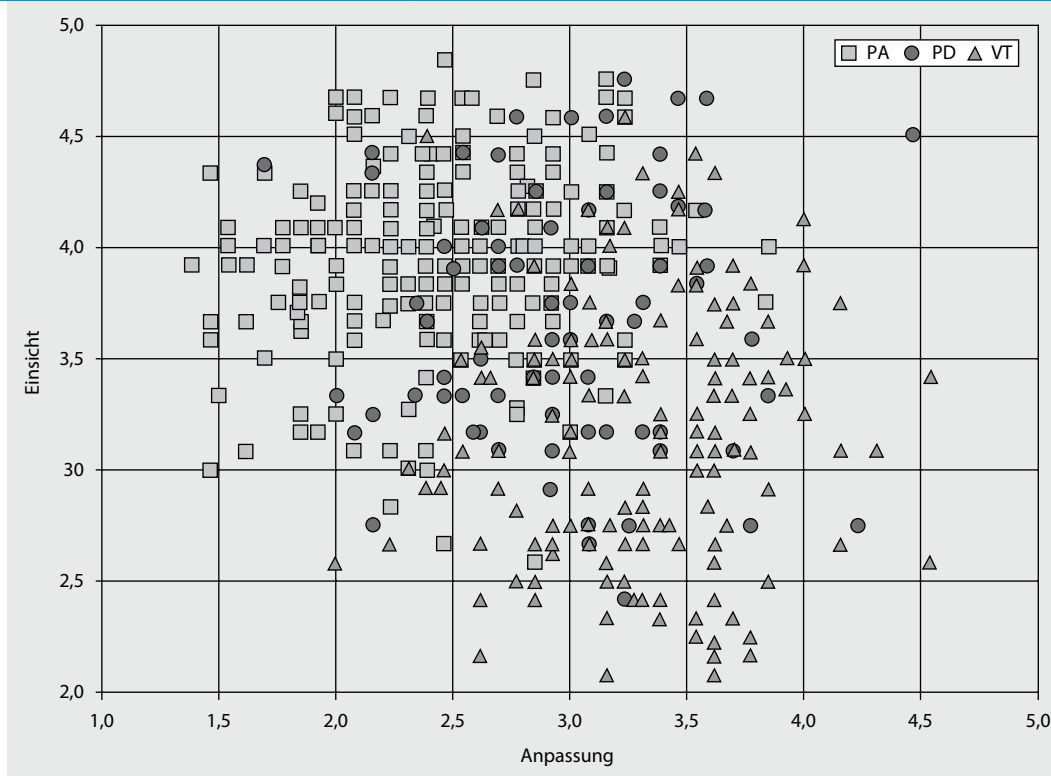


Abb. 3 ◀ Verteilung der Therapeuten hinsichtlich der Ausprägung in den TASC-Skalen Anpassung und Einsicht als Wirkfaktoren (Streudiagramm). Blaue Quadrate Psychoanalytiker, gelbe Dreiecke Verhaltenstherapeuten, rote Kreise psychodynamische Psychotherapeuten

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 auf die persönliche Distanz in der therapeutischen Beziehung legt. Sandell et al. (2004) fassen ihn deshalb als eine Replikation des „personal distance factor“ von Wallach u. Strupp (1964) sowie von Wogan u. Norcross (1983) auf. Diese therapeutische Haltung ist der, die Hoffmann (2000) als das therapeutische Angebot des Verhaltenstherapeuten beschreibt, der „... auf Abschirmung durch ritualisierte Distanz ... [verzichtet] ... und damit auf Unnahbarkeit“, diametral entgegengesetzt – darauf wird auch jeder Psychoanalytiker und jeder psychodynamische Psychotherapeut (bewusst) verzichten wollen.

Analysiert man den zweiten differenzierenden Technikfaktor, Unterstützung, ebenfalls auf der Itemebene (s. Anhang), so erweist sich Unterstützung als ein aktives Ordnen, Strukturieren, Nachfragen und Ermutigen, das mit der therapeutischen Haltung eines Verhaltensthera-

peuten im Einklang steht. Psychoanalytische und psychodynamische Psychotherapeuten gestalten den therapeutischen Prozess 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. Dies kann als ein Hinweis gesehen werden, dass die psychoanalytischen 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 oben genannten 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 nonparametrisches, multivariates Verfahren bestätigt im Wesentlichen die Ergebnisse der Varianzanalysen, gibt aber noch weitere Informationen. Wie aus **Abb. 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 **Abb. 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 kann dieser Befund so interpretiert werden, dass mit wachsender Erfahrung der Therapeuten – und es handelt sich bei dieser Untersuchung um sehr erfahrene Therapeuten – der Einfluss der

unterschiedlichen theoretischen Orientierung geringer wird (Fiedler 1950b).

Auffallend ist die vergleichsweise geringere Bedeutung der Technikfaktoren für die Gruppendifferenzierung. Dieser Befund steht im 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 vs. Arbeit am Symptom nicht voneinander unterscheiden. Beutler et al. kommen in ihrem Beitrag über die Therapeutenvariable im *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Beutler et al. 2004) zu dem Schluss, dass die Effektivität einer Behandlung mehr von den speziellen Überzeugungen und Werten des Therapeuten als von bestimmten Techniken abhängt.

Fazit für die Praxis

Die Hypothesen konnten im Vergleich der Therapeuten unterschiedlicher theoretischer Orientierung bestätigt werden. Die Untersuchung der Arbeitsgruppe um Sandell und die hier vorgestellte Untersuchung 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 Therapiemanuale verwendet werden, erstaunlich hoch ist. Diese Differenzierung der Therapeutenvariablen erlaubt in einem Prozess-Outcome-Ansatz die Mechanismen der therapeutischen Veränderung in Zukunft weiter aufzuklären.

Korrespondenzadresse

Dr. Günther Klug

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum Harlaching, Städt. Klinikum München GmbH
Sanatoriumsplatz 2, 81545 München
g.klug@lrz.tu-muenchen.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Arthur AR (2001) Personality, epistemology and psychotherapists' choice of theoretical model: a review and analysis. *Eur J Psychother Counsell Health* 4: 45–64
- Beutler LE, Malik M, Alimohamed S et al. (2004) Therapist variables. In: Lambert MJ (ed) *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 5th edn. Wiley & Sons, Chichester, p 227–306
- Doidge N, Simon B, Brauer L et al. (2002) Psychoanalytic patients in the U.S., Canada, and Australia: DSM-III-R disorders, indications, previous treatment, medications, and length of treatment. *J Am Psychoanal Assoc* 50: 575–614
- Fiedler FE (1950a) The concept of the ideal therapeutic relationship. *J Consult Psychol* 14: 239–245
- Fiedler FE (1950b) Comparisons of therapeutic relationships in psychoanalytic, nondirective, and Adlerian therapy. *J Consult Psychol* 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, pp 81–108
- Hoffmann N (2000) Therapeutische Beziehung und Gesprächsführung. In: Margraf J (Hrsg) *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Bd I, 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, pp 363–371
- Kächele H (2006) Psychotherapeut/Psychotherapeutin: Person – Persönlichkeit – Funktion. *Psychother Psychiatr Psychother Med Klin Psychol* 11: 136–140
- Luborsky L, McLellan T, Woody GE et al. (1985) Therapist success and its determinants. *Arch Gen Psychiatry* 42: 602–611
- Luborsky L, McLellan AT, Diguer L et al. (1997) The psychotherapist matters: comparison of outcomes across twenty-two therapists and seven patient samples. *Clin Psychol Sci Pract* 4: 53–65
- Malik M, Alimohamed S, Holaway R, Beutler LE (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 DM, Lorr M (1964) An analysis of professed psychotherapeutic techniques. *J Consult Psychol* 28: 265–271
- Norcross JC, Guy JD (2005) The prevalence and parameters of personal therapy in the United States. In: Geller JD, Norcross JC, Orlinsky DE (eds) *The psychotherapist's own psychotherapy. Patient and clinicians perspectives*. Oxford University Press, Oxford, pp 165–176
- Orlinsky DE, Ronnestad MH (2005) How psychotherapists develop. A study of therapeutic growth and professional growth. *American Psychological Association*, Washington, DC
- Sandell R (2007) Die Menschen sind verschieden – Auch als Patienten und Therapeuten. In: Springer A, Münch K, Munz D (Hrsg) *Psychoanalyse heute? Psychosozial*, Gießen
- Sandell R, Blomberg J, Lazar A et al. (2000) Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy. A review of findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP). *Int J Psychoanal* 81: 921–42
- Sandell R, Carlsson J, Schubert J et al. (2002) Varieties of psychotherapeutic experience and their associations with patient outcome. *Eur Psychother* 3: 17–35
- Sandell R, Carlsson J, Schubert J et al. (2004) Therapist attitudes and patient outcomes: I. Development and validation of the Therapist Attitudes Scales (TASC-2). *Psychother Res* 14: 471–486
- Sandell R, Lazar A, Grant J et al. (2007) Therapist attitudes and patient outcomes: II. Therapist attitudes influence change during treatment. *Psychother Res* 17: 196–2004
- Schaap C, Bennun I, Schindler L, Hoogduin K (1993) The therapeutic relationship in behavioural psychotherapy. Wiley & Sons, Chichester, pp 3–22
- Sloane RB, Staples FR, Cristol AH et al. (1975) *Psychotherapy versus behaviour therapy*. Harvard University Press, Cambridge
- SPSS Inc. (2002) *Answer Tree 3.1. User's guide*. SPSS Inc., Chicago, IL
- Stehle S (2004) Psychotherapeutische Berufstätigkeit. Ergebnisse der DGPT-Therapeutenhebung. In: Gerlach A, Schlösser A-M, Springer A (Hrsg) *Psychoanalyse des Glaubens. Psychosozial*, Gießen
- Sundland DM (1977) Theoretical orientations of psychotherapists. In: Gurman AS, Razin AM (eds) *Effective psychotherapy: a handbook of research*. Pergamon, New York, pp 189–219
- Sundland DM, Barker EN (1962) The orientation of psychotherapists. *J Consult Psychol* 26: 201–212
- Wallach MS, Strupp HH (1964) Dimensions of psychotherapists' activity. *J Consult Psychol* 28: 120–125
- Wogan M, Norcross JC (1983) Dimensions of psychotherapists' activity: a replication and extension of earlier findings. *Psychother Theory Res Pract* 20: 67–74

Anhang

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

Die TASC besteht aus 3 Sektionen:

1. kurative Faktoren („curative factors“),
2. therapeutischer Stil („therapeutic style“) und
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, Angst auslösende 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. Den 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. Den 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 persönlichen 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 dem Patienten am Beginn der Therapie die therapeutischen Ziele 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. Selbstzweifel („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 vs. 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 vs. Pessimismus („pessimism“)
1. Psychotherapeutische Arbeit wird bestimmt dadurch ..., 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 5-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 5-Punkte-Skala umgeformt.

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