

Wirkfaktoren der Psychotherapie - Modelle, Kontroversen, Bedeutung

Dr. phil. Mario Pfammatter

Universitäre Psychiatrische Dienste (UPD) Bern
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Zentrum für Translationale Forschung

//

Psychiatrische Dienste Spital Region Oberaargau (SRO)
mario.pfammatter@spk.unibe.ch

5 Fragen

1. Warum ist die Frage nach den Wirkfaktoren von Psychotherapie von grosser Bedeutung?
2. Was sind die Wirkfaktoren von Psychotherapie?
3. Wie werden Wirkfaktoren realisiert?
4. Was bringt eine wirkfaktorenbasierte Psychotherapie?
5. Wie wirken Wirkfaktoren?

Übersicht

- Der Dodo-Vogel und die Frage nach dem Wie?
Phasen, Fragen, Ergebnisse und Kontroversen der Psychotherapieforschung
 - Die 2 Welten der Psychotherapie
Spezifisches versus allgemeines Wirkmodell
 - Allgemeine Wirkfaktoren und spezifische Techniken
 - Orientierung an allgemeinen Wirkfaktoren als integrativer Ansatz
 - Das konsistenztheoretische Veränderungsmodell und allgemeine Wirkfaktoren
-

1. Warum ist die Frage nach den Wirkfaktoren von Psychotherapie zentral?

Übersicht

- Der Dodo-Vogel und die Frage nach dem Wie?
Phasen, Fragen, Ergebnisse und Kontroversen der
Psychotherapieforschung
 - Die 2 Welten der Psychotherapie
Spezifisches versus allgemeines Wirkmodell
 - Allgemeine Wirkfaktoren und spezifische Techniken
 - Orientierung an allgemeinen Wirkfaktoren als integrativer
Ansatz
 - Das konsistenztheoretische Veränderungsmodell und
allgemeine Wirkfaktoren
-

Der Dodo-Vogel und die Frage nach dem Wie?

■ 3 Themen der Psychotherapieforschung:

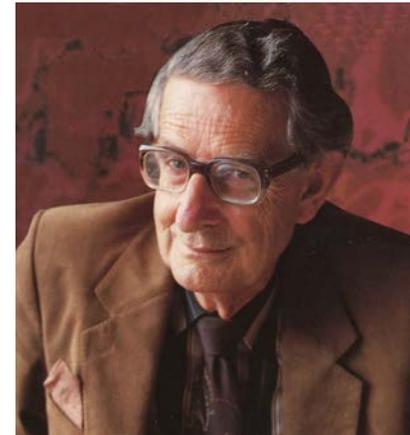
- 1. Outcome-Forschung** (*Legitimations-/Rechtfertigungsphase*): Frage nach der Wirksamkeit: Ist Psychotherapie wirksam?
- 2. Vergleichende Outcome-Forschung** (*Wettbewerbsphase*): Frage nach Wirksamkeitsunterschieden zwischen verschiedenen Psychotherapiemethoden und Frage der selektiven Indikation: Welche Psychotherapiemethode wirkt besser (bei wem)?
- 3. Prozess-Outcome-Forschung**: Frage nach der Wirkungsweise: Wie wirkt Psychotherapie?

Der Dodo-Vogel und die Frage nach dem Wie?

Phasen, Fragen, Ergebnisse und Kontroversen der Psychotherapieforschung

1. Outcome-Forschung (*Legitimations-/Rechtfertigungsphase*): Frage nach der Wirksamkeit: Ist Psychotherapie wirksam?

- ☞ Frage wird 1952 durch Publikation des Psychologen **Hans Jürgen Eysenck** (1916 -1997) aufgeworfen
 - ➔ Analyse von 24 Prä-Post-Vergleichen bei psychodynamischen Psychotherapien
 - ➔ Psychodynamische Psychotherapie hat nach 2 Jahren gleiche Besserungsraten wie Spontanremission
 - ➔ Kontroverse über Wirksamkeit von Psychotherapie
 - ➔ Beginn der systematischen Wirksamkeitsforschung mit Kontrollgruppenvergleichen



Der Dodo-Vogel und die Frage nach dem Wie?

Phasen, Fragen, Ergebnisse und Kontroversen der Psychotherapieforschung

1. Outcome-Forschung (*Legitimations-/Rechtfertigungsphase*): Frage nach der Wirksamkeit: Ist Psychotherapie wirksam?

☞ 1977 1. Metaanalyse der Wirksamkeit von Psychotherapie
von Mary Smith und Gene Glass

(Smith ML, Glass GV (1977) Meta-analysis of psychotherapy outcome studies,
American Psychologist, 32, 752-760)

➔ Befunde aus 475 kontrollierten Wirksamkeitsstudien

➔ Mittlere **Effektstärke** für Psychotherapie: **0.85**

Der Dodo-Vogel und die Frage nach dem Wie?

Phasen, Fragen, Ergebnisse und Kontroversen der Psychotherapieforschung

☞ **Outcome-Forschung:** Tausende von Studien und Hunderte von Metaanalysen → Psychotherapie wirkt!

■ Allgemeine Wirksamkeit von Psychotherapie (Lambert 2013):

Wirksamkeitsvergleiche	Mittlere Effektstärke (Besserungsraten)
■ Psychotherapie versus unbehandelte Kontrollgruppen	0.70 (67% vs. 33%)
■ Psychotherapie versus Placebo-Bedingungen	0.35 (59% vs. 41%)

Der Dodo-Vogel und die Frage nach dem Wie?

Phasen, Fragen, Ergebnisse und Kontroversen der Psychotherapieforschung

u^b



b
UNIVERSITÄT
BERN

spital SO
Region Oberaargau

- ☞ **Outcome-Forschung:** Tausende von Studien und Hunderte von Metaanalysen → Psychotherapie wirkt!
- Psychotherapie zeigt bei meisten Formen von psychischen Störungen **3 – 4 Mal höhere Besserungsraten als Spontanheilung** und **1.5 – 2 Mal höhere Besserungsraten als Placebo**
 - Rund **65% der Patienten** werden **erfolgreich behandelt**
 - **50% der Patienten** liegen nach der Therapie in **psychopathologisch unauffälligen Bereich**
 - Je nach Störungsbild werden **mittlere bis sehr hohe Effektstärken** erzielt
 - Bei **30-60% der Patienten** ist **Wirkung nachhaltig**

Der Dodo-Vogel und die Frage nach dem Wie?

Phasen, Fragen, Ergebnisse und Kontroversen der Psychotherapieforschung

2. Vergleichende Outcome-Forschung (Wettbewerbsphase: Welche Psychotherapiemethode wirkt besser?)

■ Allgemeine Wirksamkeit von Psychotherapie (Lambert 2013):

Wirksamkeitsvergleiche	Mittlere Effektstärke (Besserungsraten)
■ Psychotherapie versus unbehandelte Kontrollgruppen	0.7 (67% vs. 33%)
■ Psychotherapie versus Placebo-Bedingungen	0.35 (59% vs. 41%)
■ Psychotherapie versus Psychotherapie	? (= 55% Besserungsrate)

Der Dodo-Vogel und die Frage nach dem Wie?

Phasen, Fragen, Ergebnisse und Kontroversen der Psychotherapieforschung

2. Vergleichende Outcome-Forschung (Wettbewerbsphase: Welche Psychotherapiemethode wirkt besser?)

- ➔ Über verschiedene Störungsbilder und Ergebnismasse hinweg finden sich nur geringe Effektstärkenunterschiede zwischen verschiedenen Psychotherapiemethoden

Metaanalysen	Allgemeine Effektstärkendifferenzen
■ Grissom (1996)	0.23
■ Wampold (2001)	0.18
■ Luborsky et al. (2002)	0.20

Der Dodo-Vogel und die Frage nach dem Wie?

Phasen, Fragen, Ergebnisse und Kontroversen der Psychotherapieforschung

2. Vergleichende Outcome-Forschung (Wettbewerbsphase: Welche Psychotherapiemethode wirkt besser?)

- ➔ Über verschiedene Störungsbilder und Ergebnismasse hinweg finden sich nur geringe Effektstärkenunterschiede zwischen verschiedenen Psychotherapiemethoden

Metaanalysen	Allgemeine Effektstärkendifferenzen
■ Grissom (1996)	0.23
■ Wampold (2001)	0.18
■ Luborsky et al. (2002)	0.20

Kritik: „(...) meta-analysis that combines data on all kinds of patients is not informative” (Chambless 2002, p. 14).

Der Dodo-Vogel und die Frage nach dem Wie?

Phasen, Fragen, Ergebnisse und Kontroversen der Psychotherapieforschung

2. Vergleichende Outcome-Forschung (Wettbewerbsphase: Welche Psychotherapiemethode wirkt besser?)

☞ **Aber!** Auch bei einzelnen Störungsbildern zeigen sich nur geringe Effektstärkenunterschiede zwischen verschiedenen Psychotherapiemethoden:

■ Effektstärkendifferenzen bei Depressionen

Wirksamkeitsvergleiche	Effektstärkendifferenz
■ Kognitive Verhaltenstherapie vs. psychodynamische Kurzzeittherapie	0.15
■ Kognitive Verhaltenstherapie vs. Interpersonelle Psychotherapie	-0.12

Cuijpers et al. (2008)

Der Dodo-Vogel und die Frage nach dem Wie?

Phasen, Fragen, Ergebnisse und Kontroversen der Psychotherapieforschung

2. Vergleichende Outcome-Forschung (Wettbewerbsphase: Welche Psychotherapiemethode wirkt besser?)

Wirksamkeitsvergleiche	Mittlere Effektstärke (Besserungsraten)
■ Psychotherapie versus unbehandelte Kontrollgruppen	0.7 (67% vs. 33%)
■ Psychotherapie versus Placebo-Bedingungen	0.35 (59% vs. 41%)
■ Psychotherapie versus Psychotherapie	0.18 (54% vs. 46%)

Der Dodo-Vogel und die Frage nach dem Wie?

Phasen, Fragen, Ergebnisse und Kontroversen der Psychotherapieforschung

2. Vergleichende Outcome-Forschung (Wettbewerbsphase: Welche Psychotherapiemethode wirkt besser?)

Wirksamkeitsvergleiche	Mittlere Effektstärke (Besserungsraten)
■ Psychotherapie versus unbehandelte Kontrollgruppen	0.7 (67% vs. 33%)
■ Psychotherapie versus Placebo-Bedingungen	0.35 (59% vs. 41%)
■ Psychotherapie versus Psychotherapie	0.18 (54% vs. 46%)

“Dodo bird”-Verdikt:

“Everybody has won, and all must have prizes!”
(„Alice im Wunderland“, Lewis Carroll 1865)

= Äquivalenzparadoxon der Psychotherapie



Der Dodo-Vogel und die Frage nach dem Wie?

Phasen, Fragen, Ergebnisse und Kontroversen der Psychotherapieforschung

u^b



b
UNIVERSITÄT
BERN

spital SO
Region Oberaargau

2. Vergleichende Outcome-Forschung (Wettbewerbsphase: Welche Psychotherapiemethode wirkt besser?)

☞ **Andererseits!** Überlegenheit bestimmter Psychotherapiemethoden bei einzelnen psychischen Störungen:

Exposition mit Reaktionsverhinderung bei

- Phobien
- Panikstörungen
- Zwangsstörungen

(DeRubeis et al. 2005)

☞ **Wirksamkeitsunterschiede** bei Berücksichtigung von „*aptitude by treatment*“-Interaktionen (Passung von Psychotherapiemethode und Patientenmerkmalen)

(Beutler et al. 2004)

Der Dodo-Vogel und die Frage nach dem Wie?

Phasen, Fragen, Ergebnisse und Kontroversen der Psychotherapieforschung

u^b



b
UNIVERSITÄT
BERN

spital SO
Region Oberaargau

→ Konsens: **Psychotherapie wirkt!**

→ Dissens: **Bestimmte Psychotherapiemethoden wirken besser als andere.**

Der Dodo-Vogel und die Frage nach dem Wie?

Phasen, Fragen, Ergebnisse und Kontroversen der Psychotherapieforschung

u^b



b
UNIVERSITÄT
BERN

spital SO
Region Oberaargau

→ Konsens: **Psychotherapie wirkt!**

→ Dissens: **Bestimmte Psychotherapiemethoden wirken besser als andere**

→ Unklar: **Wie wirkt Psychotherapie?**

Welche Wirkfaktoren initiieren psychotherapeutische Veränderungsprozesse?

2. Was sind Wirkfaktoren der Psychotherapie?

Übersicht

- Der Dodo-Vogel und die Frage nach dem Wie?
Phasen, Fragen, Ergebnisse und Kontroversen der Psychotherapieforschung
 - Die 2 Welten der Psychotherapie
Spezifisches versus allgemeines Wirkmodell
 - Allgemeine Wirkfaktoren und spezifische Techniken
 - Orientierung an allgemeinen Wirkfaktoren als integrativer Ansatz
 - Das konsistenztheoretische Veränderungsmodell und allgemeine Wirkfaktoren
-

Die 2 Welten der Psychotherapie

Spezifisches versus allgemeines Wirkmodell

■ Was wirkt?

☞ Widersprüchliche Befundlage der *vergleichenden Psychotherapie-Outcome-Forschung*

➔ 2 gegensätzliche Annahmen über Wirkfaktoren von Psychotherapie:

- **Spezifisches Wirkmodell** („specific ingredients model“) zur Begründung von Wirksamkeitsunterschieden

versus

- **Modell allgemeiner Wirkfaktoren** („common factors model“) als Erklärung für geringe Wirksamkeitsunterschiede

Die 2 Welten der Psychotherapie

Spezifisches versus allgemeines Wirkmodell

■ Spezifisches Wirkmodell

- Annahme einer (störungsspezifisch) unterschiedlichen Wirksamkeit verschiedener Psychotherapiemethoden (*Spezifitätsannahme*)
- therapeutische Veränderungen werden *spezifischen Psychotherapietechniken* zugeschrieben, die vor dem Hintergrund eines bestimmten Therapie- oder Störungsmodells gezielt eingesetzt werden

Die 2 Welten der Psychotherapie

Spezifisches versus allgemeines Wirkmodell

Methoden- bzw. störungsspezifischer Techniken

Methodenspezifische Techniken

■ Kognitive Verhaltenstherapie	<ul style="list-style-type: none"> - Verstärkung - Exposition mit Reaktionsverhinderung - Training von Fertigkeiten - Problemlösetraining - Verhaltensexperimente
■ Psychodynamische Therapie	<ul style="list-style-type: none"> - Freie Assoziation - Übertragungsdeutungen - Widerstandsanalyse
■ Gesprächs- und Gestalttherapie	<ul style="list-style-type: none"> - Fokussieren - Verbalisieren von Erlebnisinhalten - Leerer Stuhl
■ Systemische Therapie	<ul style="list-style-type: none"> - Zirkuläres Fragen - Paradoxe Intervention - Skulptur- und Aufstellungsarbeit

Störungsspezifische Techniken

■ Depression	<ul style="list-style-type: none"> - Planung angenehmer Aktivitäten
■ Essstörungen	<ul style="list-style-type: none"> - Esstagebuch
■ Schizophrenie	<ul style="list-style-type: none"> - Kognitive Remediation

Die 2 Welten der Psychotherapie

Spezifisches versus allgemeines Wirkmodell

■ Spezifisches Wirkmodell

- Annahme einer (störungsspezifisch) unterschiedlichen Wirksamkeit verschiedener Psychotherapiemethoden (*Spezifitätsannahme*)
- therapeutische Veränderungen werden *spezifischen Psychotherapietechniken* zugeschrieben, die vor dem Hintergrund eines bestimmten Therapie- oder Störungsmodells gezielt eingesetzt werden
- Grundlage für Forderung nach *empirisch fundierten Psychotherapien*
- im Sinne einer *evidenzbasierten Behandlungspraxis*
- mit Ableitung *störungsbezogener Therapierichtlinien* und
- Umsetzung von Behandlungsstandards mit Hilfe von *Therapiemanualen*

Behandlung schizophrener Psychosen

Kognitive Verhaltenstherapie bei persistierenden Positivsymptomen: Wirkung

Wirkung Kognitiver Verhaltenstherapie vs. Standardbehandlung

Metaanalysen randomisiert kontrollierter Studien	Anzahl eingeschlossener Studien	Befundintegration			
		Ergebnisvariablen	Integrierte Effektstärken (Hedges's g)	95%-Konfidenz- intervalle	Homogenität
KOGNITIVER VERHALTENSTHERAPIE BEI PERSISTIERENDER POSITIVSYMPTOMATIK					
■ Pilling et al. (2002)	7	➤ Positivsymptomatik (Postmessung)	-0.48	-0.74 – -0.17	Q = 0.6, p = 0.74
■ Zimmermann et al. (2005)	14	➤ Positivsymptomatik (Follow-up)	-0.64	-0.97 – -0.26	Q = 2.68, p = 0.26
■ Pfammatter et al. (2006)	17	➤ Soziales Funktions- niveau d. Patienten	0.51	0.36 – 0.81	Q = 0.22, p = 0.89
■ Lincoln et al. (2008)	18	➤ Rehospitalisierungen	-0.17	-0.09 – 0.36	Q = 5.74, p = 0.14
■ Sarin et al. (2011)	22				
KOGNITIV VERHALTENSTHERAPEUTISCHE FRÜHINTERVENTION					
■ Hutton & Taylor (2013)	5	➤ Vermeidung/Verzögerung Krankheitsausbruch	0.19	-0.05 – 0.45	Q = 6.61, p = 0.12
■ Stafford et al. (2013)	44				
■ van der Gaag et al. (2013)	5				

Die 2 Welten der Psychotherapie

Spezifisches versus allgemeines Wirkmodell

Therapieleitlinien

- Die zusammenfassende Darstellung der Wirksamkeitsbefunde erfolgt anhand von definierten, international gültigen Evidenzkriterien

Evidenzgrad	Evidenzbasis
A	Metaanalyse(n) mehrerer randomisierter kontrollierte Studien (RCTs) oder mindestens zwei RCTs von unabhängigen Forschergruppen mit ähnlichem Studiendesign
B	Ein RCT oder eine Serie von gut kontrollierten quasiexperimentellen Studien („Effectiveness“-Studien oder experimentelle Einzelfallstudien)
C	Kasuistiken, Einzelfallstudien, Expertenmeinung

Die 2 Welten der Psychotherapie

Spezifisches versus allgemeines Wirkmodell

Leitlinien: Psychotherapie bei Schizophrenie

Psychotherapieansätze	Evidenzgrad	Wirksamkeit auf
Psychoedukative Familieninterventionen	A*/**/**	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Medikamenten-Compliance ➤ Rückfallraten/Rehospitalisierungen ➤ Soziales Funktionsniveau d. Patienten ➤ Familiäre Belastung (Senkung HEE-Niveau)
Psychoedukation mit Patienten	B*/**/**	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Krankheitseinsicht ➤ Medikamenten-Compliance
Kognitive Verhaltenstherapie	A*/**/**	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Positiv- und Negativsymptomatik ➤ Depression ➤ Soziales Funktionsniveau d. Patienten
Training sozialer Fertigkeiten	A*, B**/**	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Soziale Fertigkeiten ➤ Soziales Funktionsniveau ➤ Hospitalisierungsdauer
Kognitive Remediation	B*/**, C***	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Kognitive Leistung ➤ Sozialkognitives Funktionsniveau ➤ Negativsymptomatik

*American Psychiatric Association (APA, 2009)

**National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2014)

- ***Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN 2006)

Die 2 Welten der Psychotherapie

Spezifisches versus allgemeines Wirkmodell

Manuale zur KVT bei Schizophrenie

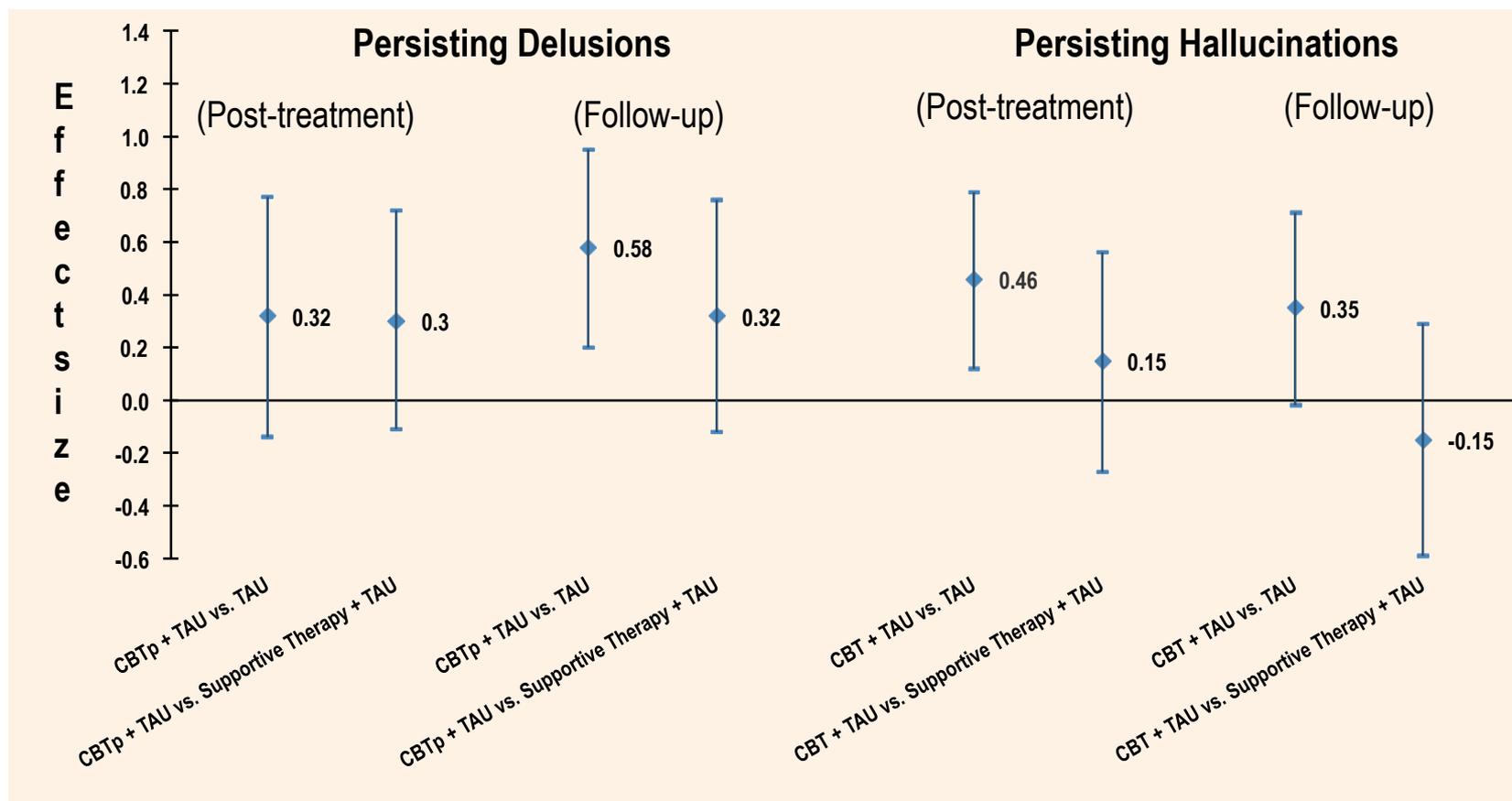


Die 2 Welten der Psychotherapie

Spezifisches versus allgemeines Wirkmodell

Wirkunterschiede zwischen KVT und supportiver Therapie bei Schizophrenie

- Wirksamkeitsunterschiede zwischen KVT und supportiver Psychotherapie bei persistierenden psychotischen Positivsymptomen



■ Modell allgemeiner Wirkfaktoren

- ☞ “(...) the common factors model suggests that science has established **psychotherapy as generally effective**, that **all therapies are basically equal in effectiveness**, and that **factors common among all therapies are what account for patient improvement, rather than the specific techniques used by a given school of therapy**”
(Reisner 2005, S. 378).

■ Modell allgemeiner Wirkfaktoren

- attribuiert Wirkung von Psychotherapie auf therapeutische Faktoren, die (implizit) allen Psychotherapiemethoden immanent sind
- Diese *allgemeinen Wirkfaktoren* sind
 - Faktoren, die therapeutische Veränderungen bewirken
 - nicht explizit in einem Psychotherapiemodell verankert
 - nicht spezifisch für bestimmte Psychotherapiemethoden
 - nicht spezifisch wirksam bei bestimmten psychischen Störungen

Die 2 Welten der Psychotherapie

Spezifisches versus allgemeines Wirkmodell

■ Modell allgemeiner Wirkfaktoren

☞ *Allgemeine Wirkfaktoren* werden auch als **unspezifische** Wirkfaktoren oder **Placebo-Effekte** bezeichnet

☞ Beide Bezeichnungen sind ungenau:

- Viele allgemeine Wirkfaktoren sind *begrifflich definiert (spezifiziert)* (z.B. Therapieallianz ist nach Bordin 1979 definiert > 3 Komponenten: bond, goals, tasks)
- Placebo-Wirkung basiert auf *Besserungserwartungen*. Diese sind nicht zufälliges Nebenprodukt von Psychotherapie, sondern ein immanenter allgemeiner Wirkfaktor



“Actually, I’m a placebo psychiatrist.”

■ Modell allgemeiner Wirkfaktoren

☞ Konzept geht auf **Saul Rosenzweig (1907–2004)** zurück:

“(...) some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy”
(Rosenzweig 1936, p. 412)

☞ Weiterentwicklung durch **Jerome D. Frank (1909-2005)** zum
“Common Component Model” (Frank 1971):

- ① **Institutionalisierter, sozial legitimierter Rahmen** baut bei Patient Erwartung auf, qualifizierte Hilfe zu bekommen
- ② **Emotional unterstützende Beziehung** fördert Vertrauen des Patienten
- ③ **Plausibles Erklärungsschema (“Mythos”)** für Problematik zeigt Patient Lösungswege auf und begründet Therapierationale
- ④ Daraus **abgeleitete Vorgehensweisen (“Rituale”)** fördern Auseinandersetzung mit Problemen, die Einstellungs- und Verhaltensänderungen bewirkt
→ Aktiviert zentralen Wirkmechanismus der **Remoralisierung**

Die 2 Welten der Psychotherapie

Spezifisches versus allgemeines Wirkmodell

■ Allgemeine Wirkfaktoren

Karasu
(1986)

- **Affektives Erleben:** Erleben von mit Problemen verbundenen Gefühlen
- **Kognitive Umstrukturierung:** Aufbau funktionaler Denkweisen
- **Verhaltensregulation:** Aufbau von Verhaltenskompetenzen

Weinberger
(1995)

- **Therapieallianz:** Kooperative Vertrauensbeziehung zwischen Therapeut und Patient
- **Aufbau von Besserungserwartungen** (Hoffnungsinduktion)
- **Korrektive emotionale Erfahrung:** Ausbleiben befürchteter Konsequenzen
- **Aufbau von Selbstwirksamkeitserwartungen**

Grawe
(1995)

- **Ressourcenaktivierung:** Nutzen der Stärken und Fähigkeiten von Patienten
- **Problemaktualisierung:** Problemerkennen im Therapiesetting
- **Klärung:** Förderung von Einsicht in problematische Erlebens- und Verhaltensweisen
- **Problembewältigung:** Aufbau von Kompetenzen zur Problembewältigung

Jorgensen
(2004)

- **Desensibilisierung:** Abschwächen emotionaler Reaktionen durch Konfrontation
- **Emotionsregulation:** Verbesserung der Fähigkeit zur Emotionsverarbeitung
- **Neue Selbstnarration:** Stärkung der Identität durch konsistentere Selbsterzählung

Die 2 Welten der Psychotherapie

Spezifisches versus allgemeines Wirkmodell

■ Allgemeine Wirkfaktoren

Vorgeschlagene Klassifikationssysteme für allgemeine Wirkfaktoren

Omer & London (1989)	<ul style="list-style-type: none">■ Beziehungsfaktoren (“Relationship factors”)■ Erwartungsfaktoren (“Expectancy factors”)■ Reorganisierende Faktoren (“Reorganising factors”):<ul style="list-style-type: none">■ Aufdecken dysfunktionaler Erlebens- und Verhaltensmuster■ Vermittlung eines rationalen Erklärungsmodells für die Probleme■ Unterstützung bei neuer Herangehensweise an Problematik
Grencavage & Norcross (1990)	<ul style="list-style-type: none">■ Patientenmerkmale (Positive Therapieerwartungen)■ Therapeutenmerkmale (Empathie)■ Beziehungsmerkmale (Vertrauen, Kooperation)■ Veränderungsprozesse (Korrektive emotionale Erfahrung, Einsicht)
Lambert & Ogles (2004)	<ul style="list-style-type: none">■ Supportive Faktoren (Therapiebeziehung, Therapiestruktur)■ Lernfaktoren (Korrektive Erfahrung, Selbstwirksamkeitserfahrung)■ Handlungsfaktoren (Verbesserung der Verhaltenskompetenzen)



Die 2 Welten der Psychotherapie

Spezifisches versus allgemeines Wirkmodell

- ➔ Kontroverse spezifisches versus allgemeines Wirkmodell...
“(...) has pervaded several decades and is still the guiding influence that directs the reflections in the field about factors responsible for change” (Castonguay & Beutler 2006, p. 632).
- ➔ Gegenüberstellung ist aber weder theoretisch noch empirisch begründet!

Übersicht

- Der Dodo-Vogel und die Frage nach dem Wie?
Phasen, Fragen, Ergebnisse und Kontroversen der Psychotherapieforschung
 - Die 2 Welten der Psychotherapie
Spezifisches versus allgemeines Wirkmodell
 - **Allgemeine Wirkfaktoren und spezifische Techniken**
 - Orientierung an allgemeinen Wirkfaktoren als integrativer Ansatz
 - Das konsistenztheoretische Veränderungsmodell und allgemeine Wirkfaktoren
-

Allgemeine Wirkfaktoren und spezifische Techniken

- ☞ Allgemeine Wirkfaktoren und spezifische Techniken hängen mit positivem Therapieergebnis zusammen:
 - Der Erfolg von Psychotherapie ist stark mit verschiedenen Aspekten des allgemeinen Wirkfaktors *Therapieallianz*, wie z.B. *Empathie* oder *Zielübereinstimmung* verknüpft
(“Psychotherapy relationships that work”, Norcross 2011)
 - Prozess-Ergebnisstudien zeigen: Auch spezifische Techniken wie
 - *Exposition*
 - *Leerer-Stuhl / Zwei-Stühle-Technik*
 - *Interpretationen*
 - *Paradoxe Interventionen*sind konsistent mit Therapieerfolg assoziiert (Orlinsky et al. 2004)

Allgemeine Wirkfaktoren und spezifische Techniken

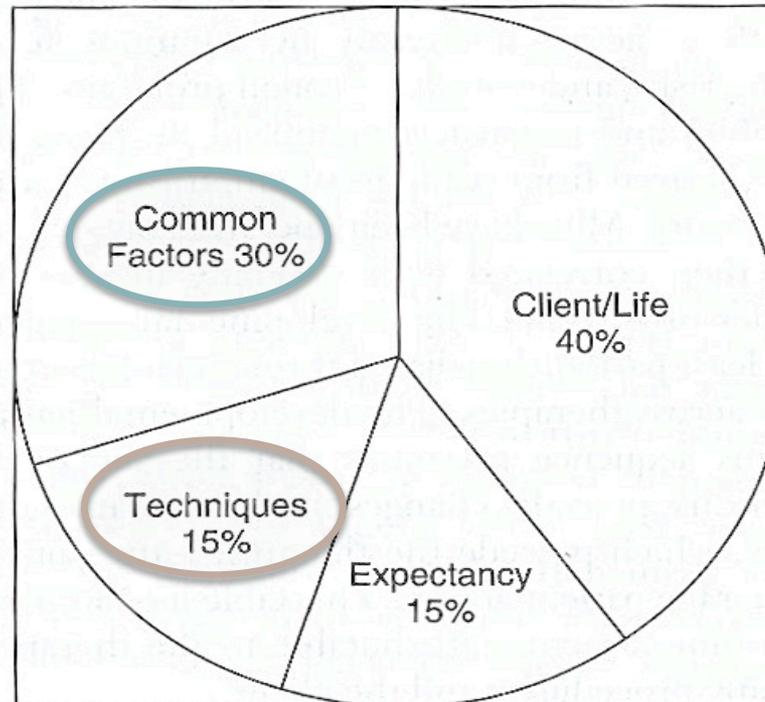


FIGURE 6.3 Percent of improvement in psychotherapy patients as a function of therapeutic factors.

(Lambert 2013)

Allgemeine Wirkfaktoren und spezifische Techniken

- ☞ Allgemeine Wirkfaktoren und Techniken beziehen sich auf verschiedene Ebenen des Psychotherapieprozesses
 - **Allgemeine Wirkfaktoren** beziehen sich auf
 - ① **Beziehungsebene** (z.B. Wertschätzung, Zielübereinstimmung, Kooperation)
 - ② **Intrapersonelle Ebene des Patienten**
 - **Erwartungen des Patienten** (z.B. Besserungs-, Selbstwirksamkeitserwartungen)
 - **Motivation des Patienten** (z.B. Veränderungsbereitschaft, Engagement)
 - **Veränderungsprozesse beim Patienten („therapeutic realizations“)**
(z.B. Korrektive Erfahrungen, Klärung, Aufbau von Bewältigungs- u. Verhaltenskompetenzen)
 - **Psychotherapietechniken** beziehen sich auf **Handlungsebene**
(Ebene der „*therapeutic operations*“ im „Generic Model of Psychotherapy“)

Allgemeine Wirkfaktoren und spezifische Techniken

- ➔ Dies impliziert, dass Techniken und allgemeine Wirkfaktoren keinen Gegensatz darstellen, sondern zusammenwirken
- ➔ Allgemeine Wirkfaktoren repräsentieren übergeordnete therapeutische Strategien, die über verschiedene technische „Taktiken“ umgesetzt werden können (Goldfried 1980, Castonguay & Beutler 2006)

3. Wie werden Wirkfaktoren realisiert?

Allgemeine Wirkfaktoren und spezifische Techniken

- ☞ Allgemeine Wirkfaktoren werden durch Techniken realisiert
- ☞ Bei einzelnen allgemeinen Wirkfaktoren ist der Bezug zu Techniken bereits konzeptionell angelegt
- ☞ Gestaltung des allgemeinen Wirkfaktors *Therapieallianz* wird nach Bordin (1979) durch die *therapeutischen Aufgaben* und *Ziele* bestimmt
- ☞ Eine gute Therapieallianz kann deshalb nicht losgelöst vom aufgaben- und zielorientierten technischen Vorgehen der Therapeut(inn)en realisiert werden

“Techniques used by therapists (...) influence the kind of alliance that unfolds” (Goldfried & Davila, 2005, p. 424)

Allgemeine Wirkfaktoren und spezifische Techniken

- ☞ Anwendung von Techniken erfolgt immer im Kontext des allgemeinen Wirkfaktors *Therapieallianz*
 - ☞ “The therapeutic alliance has been found to enhance or detract from the success of techniques” (Goldfried & Davila, 2005, p. 424)

- ☞ Wirkung von Techniken wird zudem immer durch
 - erwartungsbezogene (z.B. Besserungserwartung)
 - motivationale (z.B. Veränderungsbereitschaft) oder
 - auf Veränderungsprozesse bezogene (z.B. korrektive Erfahrung)allgemeine Wirkfaktoren vermittelt

Fazit 1

- ☞ Psychotherapie wirkt, **wie** ist weitgehend unklar

- ☞ 2 rivalisierende Wirkannahmen:
 - **Spezifisches Wirkmodell**

 - **Modell allgemeiner Wirkfaktoren**

- ☞ Entweder-Oder ist aber
 - weder empirisch begründet
 - allgemeine Wirkfaktoren und Techniken hängen mit positivem Therapierergebnis zusammen

 - noch theoretisch begründet
 - Allgemeine Wirkfaktoren und Techniken beziehen sich auf verschiedene Ebenen des Psychotherapieprozesses

 - Allgemeine Wirkfaktoren repräsentieren übergeordnete therapeutische Strategien, die mit verschiedenen technischen Taktiken umgesetzt werden

Allgemeine Wirkfaktoren und spezifische Techniken

- ➡ Frage ist nicht, **ob** spezifische Techniken **oder** allgemeine Wirkfaktoren therapeutische Veränderungen bewirken...
- ➡ sondern, **welche allgemeinen Wirkfaktoren im Zusammenspiel mit welchen Techniken welche Wirkungen erzielen** und
- ➡ ob diese Technik-Wirkfaktoren-Outcome-Relationen **bei verschiedenen Konstellationen von Störungscharakteristika, motivationalen Bereitschaften und interaktionellen Verhaltensmerkmalen** der Patient(inn)en **variieren**

Allgemeine Wirkfaktoren und spezifische Techniken

→ **Taxonomie-Projekt** (Tschacher, Junghan & Pfammatter 2014, Pfammatter & Tschacher 2016)

- ☞ Untersuchung von Technik-Wirkfaktoren-Zusammenhängen auf Basis webbasierter Einschätzungen durch 68 Psychotherapieforscher(innen)

Stichprobencharakteristika:

- Durchschnittsalter der Teilnehmer: 49.5 Jahre
- Durchschnittliche Therapieerfahrung: 18 Jahre
- 69% Männer
- 76% Psycholog(inn)en; 24% Psychiater(innen)
- Therapieausbildung (mehrfache Nennungen):
 - 55% Kognitive Verhaltenstherapie
 - 42% Psychodynamische Psychotherapie
 - 23% Humanistische Psychotherapie
 - 23% Systemische Psychotherapie

Ausgewählte allgemeine Wirkfaktoren

1. Therapieziehung
2. Abschwächung sozialer Entfremdung
3. Erklärungssystem
4. Besserungserwartung
5. Veränderungsbereitschaft
6. Aktive Patiententeilnahme
7. Ressourcenaktivierung
8. Affektives Erleben
9. Katharsis
10. Problemaktualisierung
11. Desensibilisierung
12. Korrektive Erfahrung
13. Achtsamkeit
14. Emotionsregulation
15. Klärung
16. Assimilation problematischer Erfahrungen
17. Kognitive Umstrukturierung
18. Mentalisierung
19. Verhaltensregulation
20. Bewältigungserfahrung
21. Selbstwirksamkeitserwartung
22. Neue Selbstnarration

Allgemeiner Wirkfaktor: THERAPIEBEZIEHUNG

Der Therapeut und der Patient haben eine vertrauensvolle, kooperative Therapiebeziehung, die auf Seiten des Therapeuten charakterisiert ist durch Wertschätzung und emotionale Wärme für die Person des Patienten sowie wohlwollende Zuwendung und aufrichtiges Interesse für seine Probleme (Beziehungsvariablen nach Rogers (1957)) und sich durch gegenseitige Verbundenheit und Übereinstimmung in den Therapiezielen und therapeutischen Aufgaben auszeichnet (Konzept der "working alliance" von Bordin (1979)).

Unten finden Sie eine Aufzählung spezifischer psychotherapeutischer Standardtechniken.

Schätzen Sie bitte ein, wie stark Ihrer Meinung nach der oben genannte allgemeine Wirkfaktor in den folgenden Standardtechniken jeweils zur Anwendung kommt.

	nicht	wenig	mässig	deutlich	stark
POSITIVE VERSTÄRKUNG: Der Therapeut lobt und belohnt erwünschtes und angestrebtes Verhalten des Patienten.	<input type="radio"/>				
REIZKONFRONTATION MIT REAKTIONSVERHINDERUNG: Der Therapeut konfrontiert den Patienten in der Vorstellung (in sensu) oder in der Realität (in vivo) schrittweise (graduiert, Habituationstraining) oder massiert, d.h. direkt mit dem stärksten (Reizüberflutung, „flooding“) Angstreiz und unterbindet Vermeidungs- bzw. Fluchtverhalten.	<input type="radio"/>				
ROLLENSPIEL: Der Therapeut inszeniert zur Einübung angestrebter Verhaltensweisen ein Rollenspiel mit Festlegung und Beschreibung der Spielsituation, des Zielverhaltens und der Rollenverteilung.	<input type="radio"/>				
PROBLEMLÖSETRAINING: Der Therapeut identifiziert und definiert mit dem Patienten eine Problemsituation, sucht mit ihm nach Lösungsalternativen, lässt den Patienten diese im Hinblick auf ihre Folgen bewerten und auf der Grundlage dieser Bewertung eine Entscheidung für einen Lösungsansatz treffen, die Lösungsschritte planen, ausführen und überprüfen.	<input type="radio"/>				
REALITÄTSPRÜFUNG: Der Therapeut lässt den Patienten den Realitätsgehalt seiner Bewertungen überprüfen, indem er ihn anleitet, die auslösenden Situationen genau zu beobachten und detailliert zu beschreiben sowie die Evidenz für die Bewertungen logisch zu analysieren oder durch Verhaltensexperimente zu testen.	<input type="radio"/>				
FREIES ASSOZIIEREN: Der Therapeut weist den Patienten an, alles so, wie es ihm in den Sinn kommt, zu äussern, gleichgültig, ob es ihm unwichtig oder sinnlos erscheint.	<input type="radio"/>				
THERAPEUTISCHE ABSTINENZ: Der Therapeut zeigt den Äusserungen des Patienten gegenüber gleich bleibende Aufmerksamkeit, versucht für alle Aspekte gleichermaßen empfänglich zu sein und enthält sich im Hinblick auf Wertungen, Ratschläge sowie Angaben zur eigenen Person.	<input type="radio"/>				
ÜBERTRAGUNGSDEUTUNG: Der Therapeut identifiziert in der Therapiebeziehung wiederkehrende Reaktionsmuster des Patienten, führt diese auf dessen frühere Beziehungen zurück und interpretiert diese im Sinne der psychoanalytischen Neurosenlehre.	<input type="radio"/>				
WIDERSTANDSANALYSE: Der Therapeut erklärt Äusserungen, Verhalten und Interaktionsmuster des Patienten als Manifestationen von Widerständen, die auf unbewusste Konflikte des Patienten zurückzuführen sind.	<input type="radio"/>				
VERBALISIEREN VON ERLEBNISINHALTEN: Der Therapeut hört aufmerksam zu, greift auf, was der Patient äussert, und gibt in eigenen Worten fortwährend den von ihm verstandenen inneren Bezugsrahmen des Patienten (d.h. die mit den geäusserten Wahrnehmungen verbundenen impliziten Wertungen, Motive, Wünsche und Emotionen) wieder.	<input type="radio"/>				
FOKUSSIEREN: Der Therapeut spricht selektiv das Befinden des Patienten im Hier und Jetzt an, lenkt die Aufmerksamkeit des Patienten auf dessen unmittelbar gefühltes Selbsterleben und die damit verbundenen Bedeutungen.	<input type="radio"/>				

Allgemeine Wirkfaktoren und spezifische Techniken

Therapie- beziehung

Problem- aktualisierung

Affektives Erleben

Klärung

Signifikant positiv zusammenhängende Techniken (Einstichproben-t-Test der mittleren Zusammenhänge, $p < 0.01$)

- Verbalisieren (t=7.2)
- Positive Verstärkung (t=6.4)
- Fokussieren (t=5.6)

- Exposition (t=6.7)
- Rollenspiel (t=6.4)
- Leer-Stuhl-Technik (t=5.2)
- Fokussieren (t=3.9)

- Fokussieren (t=6.95)
- Leer-Stuhl-Technik (t=6.21)
- Rollenspiel (t=5.77)
- Exposition (t=4.98)

- Realitätstest (t=5.2)
- Übertragungsdeutung (t=4)
- Verbalisieren (t=3.8)
- Widerstandsdeutung (t=3.6)

Allgemeine Wirkfaktoren und spezifische Techniken

Therapie- beziehung	Problem- aktualisierung	Affektives Erleben	Klärung
Signifikant positiv zusammenhängende Techniken (Einstichproben-t-Test der mittleren Zusammenhänge, $p < 0.01$)			
<ul style="list-style-type: none"> ■ Verbalisieren (t=7.2) ■ Positive Verstärkung (t=6.4) ■ Fokussieren (t=5.6) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Exposition (t=6.7) ■ Rollenspiel (t=6.4) ■ Leer-Stuhl-Technik (t=5.2) ■ Fokussieren (t=3.9) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fokussieren (t=6.95) ■ Leer-Stuhl-Technik (t=6.21) ■ Rollenspiel (t=5.77) ■ Exposition (t=4.98) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Realitätstest (t=5.2) ■ Übertragungsdeutung (t=4) ■ Verbalisieren (t=3.8) ■ Widerstandsdeutung (t=3.6)

Tabelle 3. Rotierte Faktorladungen, Kommunalitäten und durch jeden faktorenanalytisch extrahierten Faktor (bzw. jede Klasse allgemeiner Wirkfaktoren) erklärte Varianz

Allgemeine Wirkfaktoren	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4
	Wirkfaktorenklasse	Wirkfaktoren klasse	Wirkfaktorenklasse	Wirkfaktorenklasse
	<i>Kognitive Verarbeitung</i>	<i>Problem-bewältigung</i>	<i>Emotionale Verarbeitung</i>	<i>Beziehungs- und Motivationsaufbau</i>
Therapiebeziehung	0.04	-0.13	0.19	0.54
Abschwächung sozialer Entfremdung	0.26	-0.01	-0.01	0.57
Vermittlung eines Erklärungssystems	0.53	-0.03	-0.11	0.30
Aufbau von Besserungserwartungen	0.05	0.35	-0.17	0.61
Veränderungsbereitschaft	0.14	0.34	-0.09	0.56
Aktive Patiententeilnahme	-0.06	0.33	0.23	0.37
Ressourcenaktivierung	-0.08	0.34	0.14	0.48
Affektives Erleben	0.10	0.03	0.71	0.14
Freisetzung unterdrückter Emotionen (Katharsis)	0.14	-0.11	0.80	-0.01
Problemaktualisierung	0.47	0.16	0.38	-0.04
Desensibilisierung	0.04	0.55	0.31	-0.04
Korrektive emotionale Erfahrung	0.19	0.32	0.37	0.12
Achtsamkeit	-0.00004	0.04	0.52	0.02
Emotionsregulation	0.12	0.27	0.51	0.06
Klärung	0.80	-0.07	0.10	-0.0004
Problemassimilation	0.57	0.12	0.20	0.01
Kognitive Umstrukturierung	0.74	0.23	-0.14	-0.02
Mentalisierung	0.81	-0.04	0.06	-0.01
Verhaltensregulation	0.03	0.80	-0.09	0.09
Bewältigungserfahrung	0.06	0.88	0.01	0.02
Selbstwirksamkeitserwartung	0.08	0.79	0.03	0.04
Neue Selbstnarration	0.64	-0.07	0.25	0.06
Erklärte Varianz (%)	29.61	25.85	22.30	23.29

- ☞ Allgemeine Wirkfaktoren hängen mit bestimmten Gruppen von Psychotherapietechniken zusammen
- ☞ Aufgrund ihrer Zusammenhänge mit ähnlichen Therapietechniken lassen sich allgemeine Wirkfaktoren 4 übergeordneten Klassen zuordnen:
 - **Beziehungs- und Motivationsaufbau**, z.B.
 - Aufbau von Besserungserwartungen
 - Ressourcenaktivierung
 - **Problembewältigung**, z.B.
 - Vermittlung von Bewältigungserfahrungen,
 - Aufbau von Selbstwirksamkeitserwartungen
 - **Kognitive Problemverarbeitung**, z.B.
 - Klärung
 - Vermittlung eines neuen Selbstnarrativs
 - **Emotionale Problemverarbeitung**, z.B.
 - Affektives Erleben
 - Korrektive emotionale Erfahrung

Allgemeine Wirkfaktoren und spezifische Techniken

- ☞ Befunde des Taxonomie-Projekts basieren auf Expertenratings
 - ➔ Untersuchung von Technik-Wirkfaktoren-Outcome-Zusammenhängen bei
 - **ambulanten Psychotherapien** (Ambulatorien der Psychiatrischen Dienste des Spitals der Region Oberaargau)
 - **teilstationären Psychotherapien** (Psychotherapietagesklinik der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bern)
 - **stationären Psychotherapien** (Psychotherapiestation Schwartzlin der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bern)

Allgemeine Wirkfaktoren und spezifische Techniken

- ☞ Befunde des Taxonomie-Projekts basieren auf Expertenratings
 - ➔ Untersuchung von Technik-Wirkfaktoren-Outcome-Zusammenhängen bei
 - **ambulanten Psychotherapien** (Ambulatorien der Psychiatrischen Dienste des Spitals der Region Oberaargau)
 - **teilstationären Psychotherapien** (Psychotherapietagesklinik der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bern)
 - **stationären Psychotherapien** (Psychotherapiestation Schwartzlin der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bern)

Allgemeine Wirkfaktoren und spezifische Techniken: Erste Ergebnisse der Untersuchung ambulanter Psychotherapien an den PD SRO

Ziele

- ① Analyse der Unterschiede der Realisierung allgemeiner Wirkfaktoren unter verschiedenen Psychotherapiebedingungen und bei Patienten mit verschiedenen Störungsbildern
- ② Analyse der Zusammenhänge allgemeiner Wirkfaktoren mit dem Therapieergebnis

Allgemeine Wirkfaktoren und spezifische Techniken: Erste Ergebnisse der Untersuchung ambulanter Psychotherapien an den PD SRO

Stichprobe

- 217 Patienten
- Altersdurchschnitt: 36.5 Jahre (18 - 65 Jahre)
- Geschlecht: 66.8% Frauen (145 w / 72 m)
- Hauptdiagnosen:
 - F3: 117 (Major Depression: 85; Dysthymie: 18; (hypo)manische Episode: 14)
 - F4: 57 (Panikstörung mit u. ohne Agoraphobie: 21; soziale Phobie: 11; Agoraphobie: 8; GAD: 5; Zwangsstörung: 5; spez. Phobie: 1; PTSD: 6)
 - F5: 43 (Anpassungsstörung: 31; Essstörung: 9; somatoforme Störung: 3)

Allgemeine Wirkfaktoren und spezifische Techniken: Erste Ergebnisse der Untersuchung ambulanter Psychotherapien an den PD SRO

Erhebungen

■ Prä-/Postmessung

- Psychopathologie: *ICD-10 Symptom Rating Scale*
- Sozialverhalten: *Fragebogen zu sozialer Angst und sozialen Kompetenzdefiziten*
- Lebensqualität: *Berliner Lebensqualitätsprofil – Kurzform*

■ Nach jeder Psychotherapiesitzung

- *Therapietechnikbogen* zur Erfassung der angewendete Therapietechniken
- *Patientensitzungsbogen* zur Erfassung der aus Patientensicht realisierten allgemeine Wirkfaktoren

Therapietechnikbogen (TTB)

Name Therapeutin/Therapeut: _____ Datum: _____

Name Patientin/Patient: _____ Therapienummer: _____ Sitzung: _____

Anleitung:

Kreuzen Sie bitte an, wie intensiv Sie in der heutigen Sitzung mit den folgenden Techniken gearbeitet haben. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

In der heutigen Sitzung habe ich...

1. mich komplementär zu den Motiven/Zielen der Patientin/des Patienten verhalten (**Komplementäre Beziehungsgestaltung**).

nicht	minimal	wenig	moderat	deutlich	stark	intensiv
1	2	3	4	5	6	7

2. die Sitzung strukturiert, indem ich bestimmte Themen angesprochen/zusammengefasst habe (**Strukturierung**).

nicht	minimal	wenig	moderat	deutlich	stark	intensiv
1	2	3	4	5	6	7

3. die Schwierigkeiten im Erleben und Verhalten der Patientin/des Patienten exploriert (**Exploration**).

nicht	minimal	wenig	moderat	deutlich	stark	intensiv
1	2	3	4	5	6	7

4. mit der Technik der freien Assoziation gearbeitet (d.h. die Patientin/den Patienten die Gedanken, die sie/er gerade hat, äußern lassen, gleichgültig, ob sie ihr/ihm wichtig erscheinen) (**Freie Assoziation**).

nicht	minimal	wenig	moderat	deutlich	stark	intensiv
1	2	3	4	5	6	7

5. die Patientin/den Patienten nach Erlebnissen/Erfahrungen in ihrer/seiner Vergangenheit gefragt (**Biographische Fragen**).

nicht	minimal	wenig	moderat	deutlich	stark	intensiv
1	2	3	4	5	6	7

6. mit der Technik der Wunder-/Feenfrage gearbeitet (z.B. „Was wäre anders, wenn die Probleme durch ein Wunder plötzlich verschwunden wären?“) (**Wunder-/Feenfrage**).

nicht	minimal	wenig	moderat	deutlich	stark	intensiv
1	2	3	4	5	6	7

7. zirkuläre Fragen gestellt (Frage an A, was das Verhalten von B für C bedeuten könnte?) (**Zirkuläres Fragen**).

nicht	minimal	wenig	moderat	deutlich	stark	intensiv
1	2	3	4	5	6	7

8. die Patientin/den Patienten angeleitet, ein Selbstbeobachtungsprotokoll/Tagebuch zu führen (**Tagebuchverfahren**).

nicht	minimal	wenig	moderat	deutlich	stark	intensiv
1	2	3	4	5	6	7

9. für die Sichtweise aller Beteiligten Verständnis geäußert (**Allparteilichkeit**).

nicht	minimal	wenig	moderat	deutlich	stark	intensiv
1	2	3	4	5	6	7

10. mich darum bemüht, bei der Patientin/beim Patienten positive Seiten anzusprechen („Joining“).

nicht	minimal	wenig	moderat	deutlich	stark	intensiv
1	2	3	4	5	6	7

11. Krankheitswissen vermittelt (**Psychoedukation**).

nicht	minimal	wenig	moderat	deutlich	stark	intensiv
1	2	3	4	5	6	7

12. mit der Patientin/dem Patienten ein Erklärungsmodell für ihre/seine Schwierigkeiten erarbeitet (**Erklärungsmodell**).

nicht	minimal	wenig	moderat	deutlich	stark	intensiv
1	2	3	4	5	6	7

13. das therapeutische Vorgehen vermittelt (**Therapierationale**).

nicht	minimal	wenig	moderat	deutlich	stark	intensiv
1	2	3	4	5	6	7

14. mit der Patientin/dem Patienten die Vor- und Nachteile einer Verhaltensänderung erörtert (**Motivierende Gesprächsführung**).

nicht	minimal	wenig	moderat	deutlich	stark	intensiv
1	2	3	4	5	6	7

15. mit der Patientin/dem Patienten Therapie- oder Sitzungsziele vereinbart (**Zielvereinbarung**).

nicht	minimal	wenig	moderat	deutlich	stark	intensiv
1	2	3	4	5	6	7

16. auf das unmittelbar gefühlte Selbsterleben der Patientin/des Patienten und die damit verbundenen Bedeutungen („felt sense“) fokussiert (**Fokussieren**).

nicht	minimal	wenig	moderat	deutlich	stark	intensiv
1	2	3	4	5	6	7

17. die Patientin/den Patienten dazu angeregt, ihre/seine Gefühle in der Sitzung zu zeigen (**Förderung des Emotionsausdrucks**).

nicht	minimal	wenig	moderat	deutlich	stark	intensiv
1	2	3	4	5	6	7

18. das emotionale Erleben der Patientin/des Patienten in meinen Worten zurückgemeldet (**Verbalisieren emotionaler Erlebnis-inhalte**).

nicht	minimal	wenig	moderat	deutlich	stark	intensiv
1	2	3	4	5	6	7

19. mich der Stellungnahme zu Äußerungen der Patientin/des Patienten enthalten (**Therapeutische Abstinenz**).

nicht	minimal	wenig	moderat	deutlich	stark	intensiv
1	2	3	4	5	6	7

20. mit Traumaterial der Patientin/des Patienten gearbeitet (**Traumdeutung**).

nicht	minimal	wenig	moderat	deutlich	stark	intensiv
1	2	3	4	5	6	7

Bitte wenden

40 Standardtechniken:

■ Psychodynamische Therapietechniken:

- Übertragungsdeutung
- Widerstandsdeutung
- Freie Assoziation
-

■ Humanistische Therapietechniken:

- Verbalisieren
- **Fokussieren**
- Stuhl-Technik
-

■ Kognitiv verhaltenstherapeutische Techniken:

- Exposition
- Problemlösetraining
- Realitätstests
-

■ Systemische Therapietechniken

- Zirkuläre Fragen
- Skulptur- und Aufstellungsarbeit
- Paradoxe Intervention
-

Patientensitzungsbogen (PSB)

Name: _____ Datum: _____

Name Therapeutin/Therapeut: _____ Therapienummer: _____ Sitzung: _____

Anleitung:
 Kreuzen Sie bitte an, wie sehr Sie den nachfolgenden Aussagen zustimmen. Bitte beachten Sie, dass es dabei keine richtigen oder falschen Antworten gibt. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

In der heutigen Sitzung...

1. habe ich mich in der Beziehung zur Therapeutin/ zum Therapeuten wohl gefühlt.
2. habe ich gemerkt, dass die Therapeutin/ der Therapeut mich schätzt.
3. hatte ich das Gefühl, dass die Therapeutin/ der Therapeut mich versteht.
4. habe ich erlebt, wo meine Schwierigkeiten liegen.
5. hat die Therapeutin/der Therapeut mir eine Erklärung für meine Schwierigkeiten gegeben.
6. habe ich Hoffnung geschöpft, dass meine Schwierigkeiten gelöst werden können.
7. war ich motiviert, meine Schwierigkeiten zu überwinden.
8. haben die Therapeutin/der Therapeut und ich gleiche Ziele verfolgt.
9. war ich aktiv beteiligt.
10. haben die Therapeutin/der Therapeut und ich zusammengearbeitet.
11. habe ich erfahren, wo meine Stärken und Fähigkeiten liegen.
12. war ich gefühlsmässig beteiligt.

überhaupt nicht	1	nicht	2	eher nicht	3	weder noch	4	eher ja	5	ja	6	ja sehr	7
überhaupt nicht	1	nicht	2	eher nicht	3	weder noch	4	eher ja	5	ja	6	ja sehr	7
überhaupt nicht	1	nicht	2	eher nicht	3	weder noch	4	eher ja	5	ja	6	ja sehr	7
überhaupt nicht	1	nicht	2	eher nicht	3	weder noch	4	eher ja	5	ja	6	ja sehr	7
überhaupt nicht	1	nicht	2	eher nicht	3	weder noch	4	eher ja	5	ja	6	ja sehr	7
überhaupt nicht	1	nicht	2	eher nicht	3	weder noch	4	eher ja	5	ja	6	ja sehr	7
überhaupt nicht	1	nicht	2	eher nicht	3	weder noch	4	eher ja	5	ja	6	ja sehr	7
überhaupt nicht	1	nicht	2	eher nicht	3	weder noch	4	eher ja	5	ja	6	ja sehr	7
überhaupt nicht	1	nicht	2	eher nicht	3	weder noch	4	eher ja	5	ja	6	ja sehr	7
überhaupt nicht	1	nicht	2	eher nicht	3	weder noch	4	eher ja	5	ja	6	ja sehr	7

Bitte wenden

26 allgemeine Wirkfaktoren:

1. Therapiebeziehung
2. Wertschätzung
3. Empathie
4. Problemaktualisierung
5. Vermittlung eines Erklärungsmodells
6. Besserungserwartung
7. Veränderungsbereitschaft
8. **Zielübereinstimmung**
9. Patiententeilnahme
10. Zusammenarbeit
11. Ressourcenaktivierung
12. Affektives Erleben
13. Katharsis
14. Achtsamkeit
15. Desensibilisierung
16. Emotionsregulation
17. Korrektive Erfahrung
18. Problemassimilation
19. Kognitive Umstrukturierung
20. Klärung
21. Selbstreflexivität
22. Neue Selbstnarration
23. Mentalisierung
24. Problembewältigung
25. Verhaltensregulation
26. Selbstwirksamkeitserwartung

Allgemeine Wirkfaktoren und spezifische Techniken: Erste Ergebnisse der Untersuchung ambulanter Psychotherapien an den PD SRO

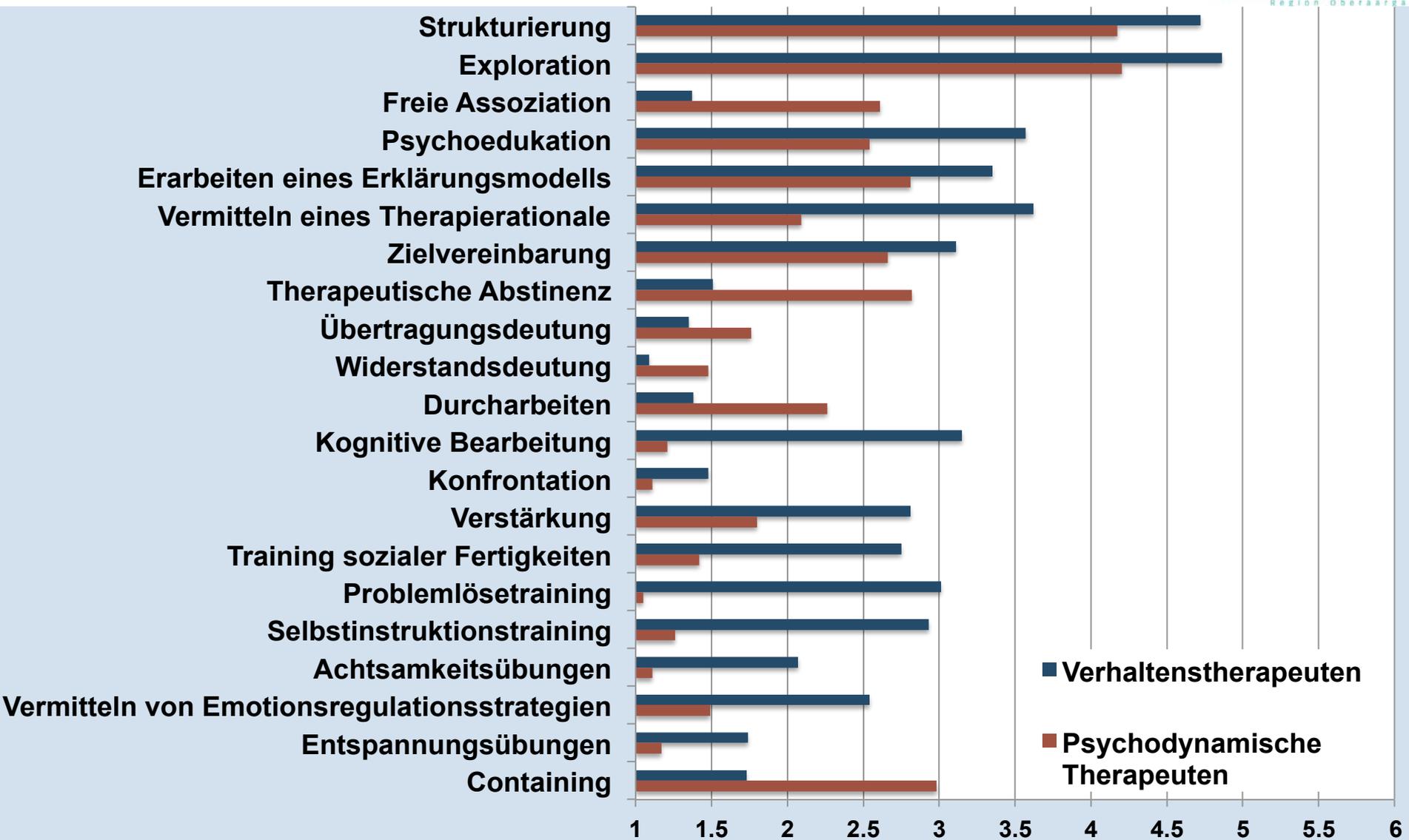
Analysen

- ① Vergleich der Ausprägung der realisierten allgemeinen Wirkfaktoren (t-Tests) zwischen
 - 1) Kognitiver Verhaltenstherapie und psychodynamischen Psychotherapien
 - 2) Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen (F3 vs. F4)

- ② Hierarchische Regressionsanalysen zur Analyse der Zusammenhänge zwischen allgemeinen Wirkfaktoren und dem Therapieergebnis
 - Kriteriums-Variablen = Effektstärken der Ergebnis-Variablen
 - Prädiktor-Variablen = Allgemeine Wirkfaktoren
 - Kontrolle von Therapeuten- und Patienten-Variable als zufälliger Effekt

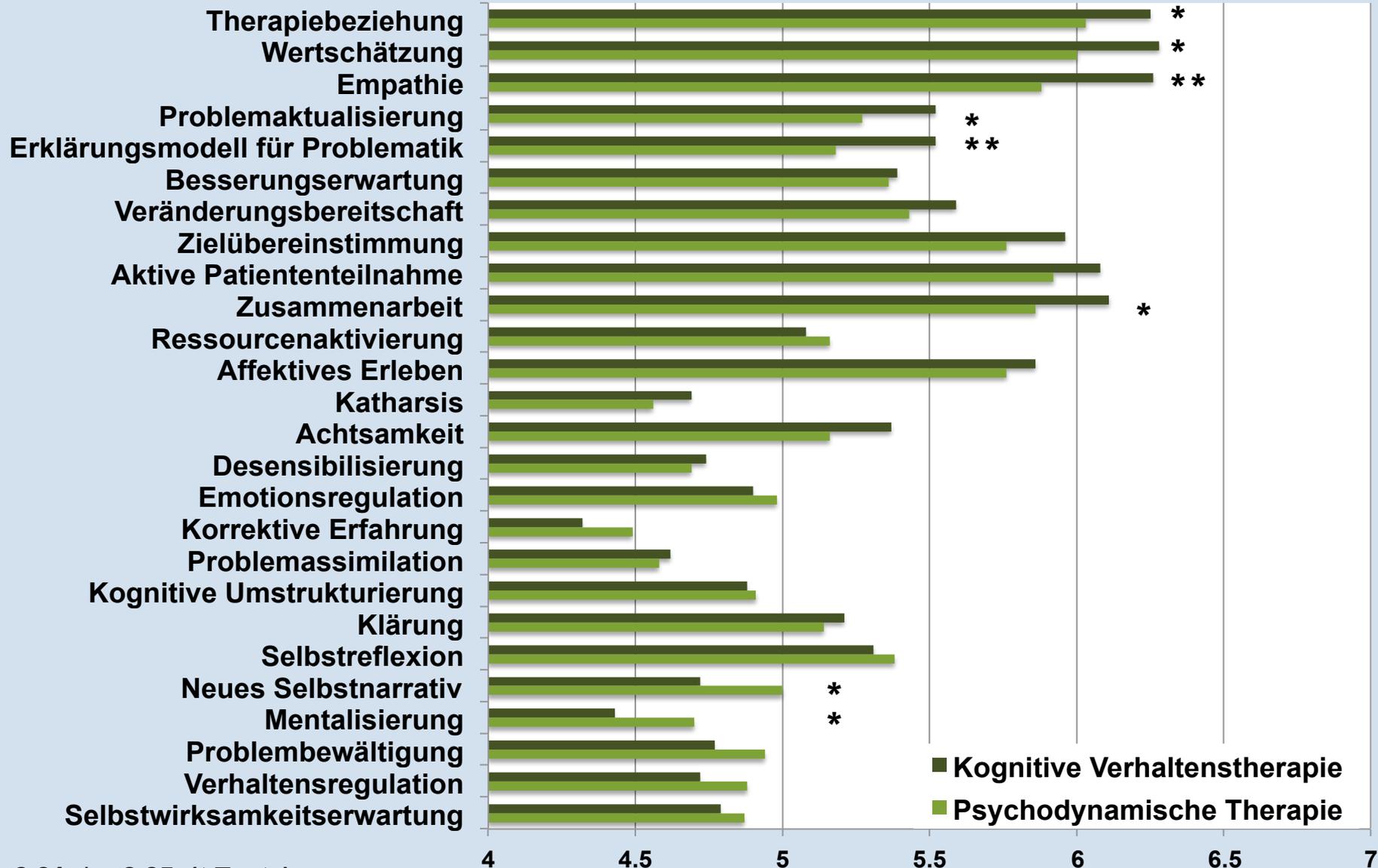
Ergebnisse

Signifikante Unterschiede (t-Tests) in den angewandten Techniken zwischen Verhaltenstherapeuten und psychodynamischen Therapeuten



Ergebnisse

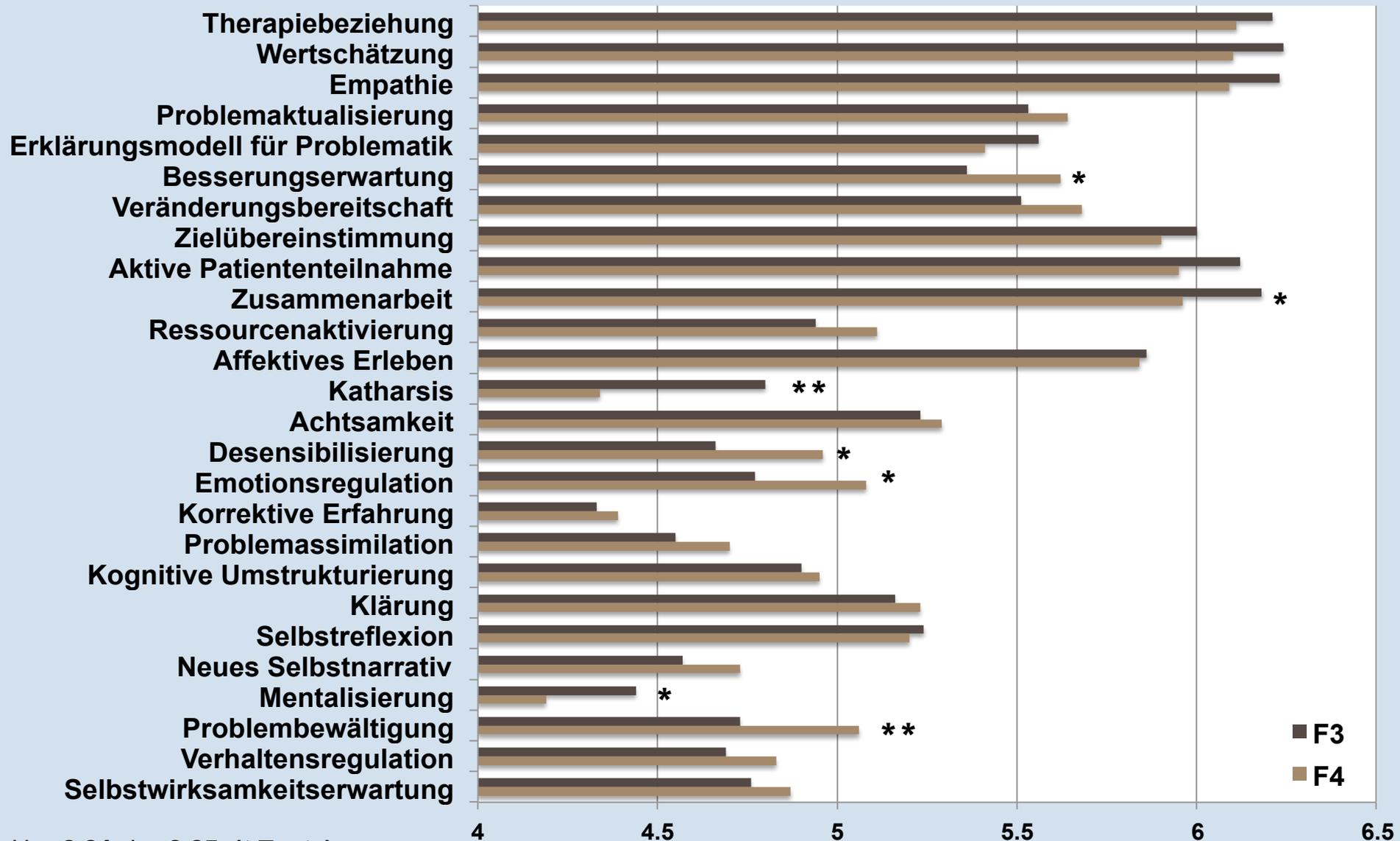
Unterschiede in der Realisierung allgemeiner Wirkfaktoren in Verhaltenstherapien und psychodynamischen Therapien



**p<0.01, *p<0.05 (t-Tests)

Ergebnisse

Unterschiede in der Realisierung allgemeiner Wirkfaktoren bei Patienten mit F3 und F4 Diagnosen



**p<0.01, *p<0.05 (t-Tests)

Zusammenhänge zwischen allgemeinen Wirkfaktoren und dem Therapieergebnis

Allgemeine Wirkfaktoren		Ergebnisvariablen	t-Werte*	p
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Problemaktualisierung ▪ Erklärung für Schwierigkeiten ▪ Aktive Patiententeilnahme ▪ Affektives Erleben ▪ Korrektive Erfahrung ▪ Kognitive Umstrukturierung ▪ Problembewältigung 	⇒	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reduktion der Symptombelastung 	2.09 2.12 3.77 3.92 2.33 3.27 2.26	0.037 0.034 0.0002 0.0001 0.02 0.0011 0.03
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Empathie ▪ Erklärung für Schwierigkeiten ▪ Affektives Erleben ▪ Desensibilisierung ▪ Problemassmilitation ▪ Korrektive Erfahrung ▪ Kognitive Umstrukturierung ▪ Neue Selbstnarration ▪ Problembewältigung ▪ Selbstwirksamkeitserwartung 	⇒	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbesserung des Sozialverhaltens 	3.02 2.25 3.97 2.37 2.56 2.24 1.99 2.01 2.62 1.76	0.0026 0.024 0.0001 0.018 0.011 0.025 0.046 0.045 0.009 0.007
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wertschätzung ▪ Empathie ▪ Erklärung für Schwierigkeiten ▪ Besserungserwartung ▪ Problemaktualisierung ▪ Korrektive Erfahrung ▪ Problembewältigung 	⇒	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbesserung der Lebensqualität 	3.24 2.67 1.94 3.67 2.22 3.02 1.71	0.0012 0.008 0.05 0.003 0.027 0.0026 0.008

Fazit 3

- ☞ Trotz grosser Unterschiede im technischen Vorgehen, finden sich nur wenige Unterschiede in der Realisierung allgemeiner Wirkfaktoren zwischen verschiedenen Psychotherapiebedingungen
- ☞ **Aber** es finden sich einige Unterschiede in der Realisierung allgemeiner Wirkfaktoren zwischen verschiedenen Psychotherapiebedingungen und bei Patienten mit verschiedenen Diagnosen
 - ➔ „*Common factors are not so common!*“ (Weinberger 2006, p.45)
- ☞ Das Ausmass der Realisierung bestimmter allgemeiner Wirkfaktoren hängt mit dem Therapieergebnis zusammen
- ☞ **Aber** nicht alle allgemeinen Wirkfaktoren hängen mit (allen) Ergebnisvariablen zusammen
 - ➔ „Allgemeine“ Wirkfaktoren sind z.T. spezifisch wirksame Wirkfaktoren
 - ➔ Nicht alle allgemeinen Wirkfaktoren sind Wirkfaktoren

4. Was bringt eine wirkfaktorenbasierte Psychotherapie?

Übersicht

- Der Dodo-Vogel und die Frage nach dem Wie?
Phasen, Fragen, Ergebnisse und Kontroversen der
Psychotherapieforschung
 - Die 2 Welten der Psychotherapie
Spezifisches versus allgemeines Wirkmodell
 - Allgemeine Wirkfaktoren und spezifische Techniken
 - **Orientierung an allgemeinen Wirkfaktoren als integrativer
Ansatz**
 - Das konsistenztheoretische Veränderungsmodell und
allgemeine Wirkfaktoren
-

Orientierung an allgemeinen Wirkfaktoren als integrativer Ansatz

☞ Psychotherapiepraxis wird geprägt von

- ① Psychotherapiemethoden (Theorien 1. Generation)
- ② technischem Eklektizismus
- ③ Forderung nach evidenzbasierten störungsspezifischen Therapieansätzen, entsprechenden Therapieleitlinien und ihrer Umsetzung mit Hilfe standardisierter Therapiemanuale

☞ Widerspiegelt **nicht** Ergebnisstand der Psychotherapieforschung

Orientierung an allgemeinen Wirkfaktoren als integrativer Ansatz

- ☞ Häufig finden sich keine grossen Wirksamkeitsunterschiede zwischen verschiedenen Psychotherapiemethoden (Dodo-Verdikt)
 - ➔ Widerspricht Forderung nach evidenzbasierten, störungsspezifischen Therapieansätzen

- ☞ Standardisierter (manualisierter) Anwendung von störungsspezifisch evidenzbasierter Richtlinien-therapie sind Grenzen gesetzt
 - Co-Morbidität
 - Variation von Patientenmerkmalen (z.B. Beziehungsmerkmale) innerhalb von Störungsbildern
 - Es ist unmöglich, für jede Kombination von Störung und Patientenmerkmalen Manuale zu entwickeln und zu lernen

Orientierung an allgemeinen Wirkfaktoren als integrativer Ansatz

☞ **Aber:**

Bei Berücksichtigung individueller Patientenvoraussetzungen (*"aptitude by treatment interactions"*) finden sich bei bestimmten Störungsbildern deutliche Wirksamkeitsunterschiede zwischen verschiedenen Psychotherapiemethoden (*„Different folks do require different strokes“*, Norcross 2002, p. 6)

- Passgenaue Anwendung der verschiedenen Psychotherapiemethoden (**individualisierte oder personalisierte Psychotherapie**)
- Integration der verschiedenen Psychotherapiemethoden

Orientierung an allgemeinen Wirkfaktoren als integrativer Ansatz

- ☞ Bei Integration verschiedener Psychotherapiemethoden werden verschiedene hierarchische Ebenen unterschieden
 - Unterste Integrationsebene bildet nicht-theoriegeleitete Integration von Techniken („Technischer Eklektizismus“)
 - Oberste Integrationsebene bildet veränderungstheoretische Integration (z.B. Konsistenztheorie nach Grawe 1998)
 - **Orientierung an Wirkfaktoren erlaubt Integration auf mittlerer Ebene** mit
 - einerseits strategisch geplantem therapeutischen Vorgehen auf der Ebene der Wirkfaktoren
 - andererseits störungs- und patientenorientiert flexibles Vorgehen auf der technischen Ebene

Orientierung an allgemeinen Wirkfaktoren als integrativer Ansatz

- ☞ Da ein Wirkfaktor durch verschiedene Therapietechniken realisiert werden kann, ermöglicht Orientierung an Wirkfaktoren
- ☞ gezielte, da strategisch begründete, flexible Anpassung der Anwendung evidenzbasierter Therapietechniken an individuelle Voraussetzungen (Beziehungsmerkmale, motivationale Bereitschaften, Ressourcen) der Patient(inn)en
- ☞ Vorbedingung dafür ist die Kenntnis, welche Wirkfaktoren bei welchen Patient(inn)en welche Veränderungen erzielen und welche Therapietechniken diese Wirkfaktoren unter welchen Bedingungen aktivieren

Fazit 4

- ☞ Ausrichtung des psychotherapeutischen Vorgehens am Wirkfaktoren-Modell erlaubt
 - strategisch begründete Integration evidenzbasierter Therapietechniken verschiedener Psychotherapiemethoden
 - um das technische Vorgehen passgenau auf die individuellen Voraussetzungen von Patient(inn)en zu zuschneiden

- ☞ Noch fehlt Kenntnis, welche Wirkfaktoren bei welchen Patient(inn)en mit welchen Eigenschaften, wann, welche therapeutische Veränderungen erzielen und durch welche Therapietechniken diese dann aktiviert werden

5. Wieso wirken Wirkfaktoren?

Das konsistenztheoretische Veränderungsmodell und allgemeine Wirkfaktoren

- ➔ Psychische Prozesse sind darauf ausgerichtet, die psychischen Grundbedürfnisse des Menschen zu befriedigen (Grawe 1998)

Psychische Grundbedürfnisse des Menschen

▪ Kontroll- bedürfnis	▪ Bindungs- bedürfnis	▪ Selbstwert- erhöhung	▪ Lustgewinn/ Unlustver- meidung
----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	---

- ➔ Wenn die nach Bedürfnisbefriedigung strebenden psychischen Prozesse sich nicht zuwiderlaufen und dadurch gegenseitig hemmen, sind sie **konsistent**
- ➔ Je **konsistenter** psychische Prozesse sind, desto besser gelingt Bedürfnisbefriedigung, was mit psychischem Wohlbefinden einhergeht
- ➔ Konsistenz ist grundlegende Erfordernis psychischen Wohlbefindens

Das konsistenztheoretische Veränderungsmodell und allgemeine Wirkfaktoren

- ☞ Konsistenz wird gefährdet durch
 - **inkongruente Wahrnehmung** (Diskrepanz zwischen Bedürfnis und Realität)
 - Konflikte zwischen Zielen (motivationalen Schemata), die auf Befriedigung von Grundbedürfnissen gerichtet sind (**Diskordanz**)
- ☞ Inkongruenz und Diskordanz führen zu **Inkonsistenz**
- ☞ Inkonsistenz zeigt an, dass Befriedigung grundlegender psychischer Bedürfnisse nicht gelingt, und ist Nährboden für psychische Störungen
- ☞ Psychische Störungen selber wiederum sind inkongruent mit Grundbedürfnissen, und verstärken Inkonsistenz
- ☞ Übergeordnetes Ziel von Psychotherapie ist Reduktion von Inkonsistenz im psychischen Geschehen

Konsistenztheorie und allgemeine Wirkfaktoren

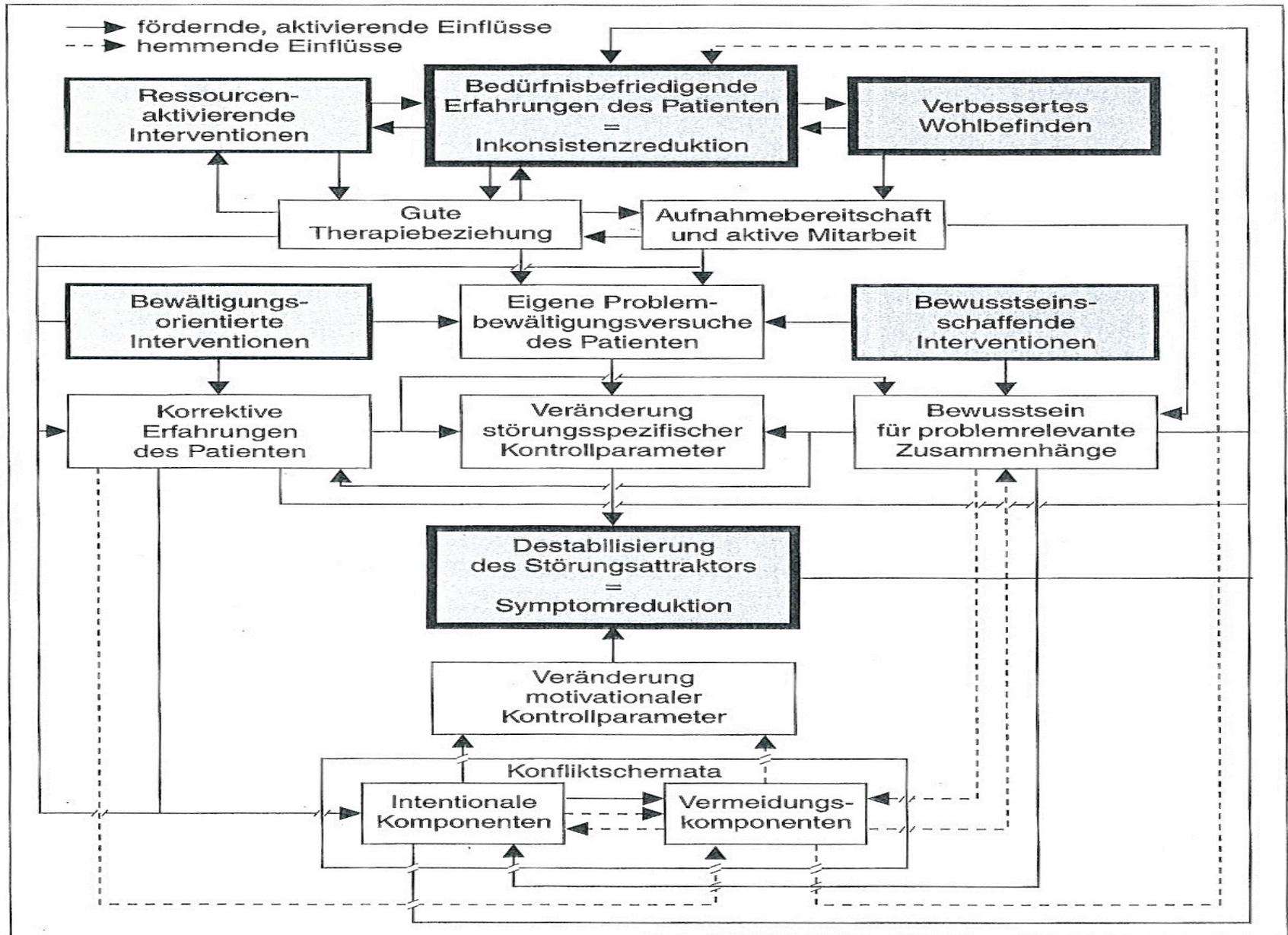


Abbildung 3.4:
Dreikomponentenmodell der Wirkungsweise von Psychotherapie

Konsistenztheorie und allgemeine Wirkfaktoren

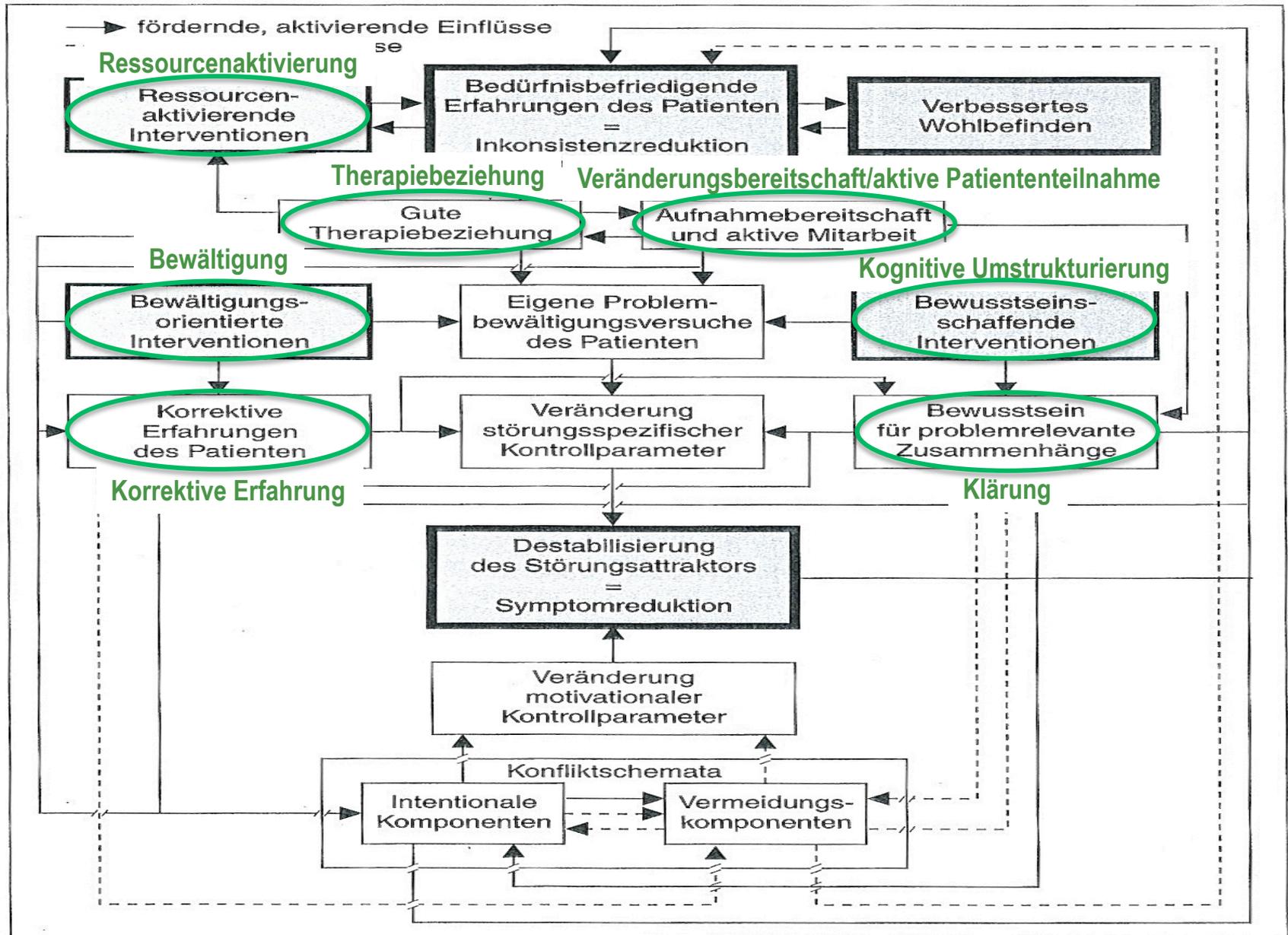


Abbildung 3.4:
Dreikomponentenmodell der Wirkungsweise von Psychotherapie

Das konsistenztheoretische Veränderungsmodell und allgemeine Wirkfaktoren

☞ Realisierung allgemeiner Wirkfaktoren reduziert Inkonsistenz

■ Ressourcenaktivierung führt zu

- selbstwerterhöhenden Erfahrungen (Bedürfnis nach Selbstwert)
- positiven Bindungserfahrungen (Bedürfnis nach Bindung)
- positiven Kontrollerfahrungen (Kontrollbedürfnis)

■ Problemaktualisierung führt zu

- korrektiven Kontroll- und Bewältigungserfahrungen (Kontrollbedürfnis)
→ Destabilisierung von Störungsattraktoren → reduziert Inkonsistenz

■ Motivationale Klärung führt zu

- Bewusstsein von Schemakonflikten (Kontrollbedürfnis)
→ Reduktion von Diskordanz

■ Problembewältigung führt zu

- Verbesserung der Bewältigungskompetenzen
→ Kontrollerfahrungen und selbstwerterhöhenden Erfahrungen
(Kontrollbedürfnis und Bedürfnis nach Selbstwert)

Fazit 5

- ➡ Ausrichtung des psychotherapeutischen Vorgehens am Wirkfaktoren-Modell erlaubt theoretische Anbindung an das integrative Psychotherapiekonzept der *Konsistenztheorie*
- ➡ Noch fehlt aber empirisch fundierte Verknüpfung mit evidenzbasierten neurowissenschaftlich begründeten *Störungs-* und *Veränderungstheorien* (z.B. Neuroplastizität, Epigenetik)