



CME

Zertifizierte Fortbildung

Basale Wirkmodelle in der Psychotherapie

Wer und was macht Psychotherapie wirksam?

Christoph Flückiger

Psychologisches Institut, Universität Zürich, Zürich, Schweiz

Zusammenfassung

Der Beitrag gibt einen Überblick über verschiedene Ansätze, wie die Wirkungsweise von Psychotherapie erklärt werden kann. Basierend auf dem biopsychosozialen Rahmenmodell postuliert die evidenzbasierte Praxis einen Rahmen des professionellen psychotherapeutischen Handelns. Grundsätzlich haben alle an der Therapie beteiligten Personen aktive Mitwirkung. Allgemeine Wirkfaktoren wie beispielsweise die Bereitschaft der Patient*innen zur Veränderung, die Qualität der gemeinsamen Arbeitsallianz oder die Auseinandersetzung der Therapeut*innen mit systematischem Feedback werden dabei als übergeordnete störungs- und therapieschulenübergreifende Wirkkomponenten verstanden.

Schlüsselwörter

Evidenzbasierte Praxis · Psychotherapeutische Prinzipien · Bona-fide Psychotherapie · Allgemeine Wirkfaktoren

Online teilnehmen unter:
www.springermedizin.de/cme

Für diese Fortbildungseinheit werden 3 Punkte vergeben.

Kontakt

Springer Medizin Kundenservice
Tel. 0800 77 80 777
(kostenfrei in Deutschland)
E-Mail:
kundenservice@springermedizin.de

Informationen

zur Teilnahme und Zertifizierung finden Sie im CME-Fragebogen am Ende des Beitrags.

Lernziele

Nach Lektüre dieses Beitrags ...

- kennen Sie 3 prädominante Rahmenmodelle.
- identifizieren Sie die Personen, die aktiv zur Wirksamkeit der Psychotherapie beitragen.
- kennen Sie die Eckpfeiler der professionellen evidenzbasierten Praxis.
- können Sie zentrale allgemeine Wirkfaktoren unterscheiden.
- können Sie die Evidenzbasierung allgemeiner Wirkfaktoren einordnen.
- können Sie zentrale Argumentationslinien zur Begründung wirksamer Psychotherapie unterscheiden.

Schnelle Veränderungen während der Therapie („sudden gains“)
Patient A leidet an einer schweren Depression. In der 5. Sitzung berichtet er eine starke Verbesserung der depressiven Symptomatik. Dies verwirrt seine Therapeutin etwas, da sich die Therapiesitzungen bis jetzt vorzugsweise mit Psychodiagnostik und Therapieplanung beschäftigten. Patient A ist kein Einzelfall: Ein ebenso gut erforschetes wie verwirrendes Phänomen in der Psychotherapie sind klinisch-signifikante Veränderungen (Sudden gains) von einer Sitzung zur nächsten (z. B. Lutz et al. 2013). Diese schnellen Veränderungen werden oft in einer frühen Therapiephase bei der Mehrheit der Patient*innen im Depressions- und im Angstbereich beobachtet. Die schnellen Veränderungen sind deshalb verwirrend, weil sie sich häufig schon vor den störungsspezifischen Interventionen (wie z. B. In-vivo-Konfrontation, Schemaklärung etc.), auf denen die erklärten Veränderungsmodelle beruhen, einstellen.

Große Wirksamkeitsunterschiede zu keiner Behandlung, jedoch geringe Wirksamkeitsunterschiede zwischen Bona-fide-Psychotherapien

Patientin B und C sind eineiige Zwillinge. Sie stehen sich sehr nahe und teilen in ihrem Leben viele Gemeinsamkeiten. Aufgrund einer Panikstörung haben sie sich bei zwei unterschiedlichen Therapeuten gemeldet. Ein Therapeut verfolgt einen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatz, der andere einen psychodynamischen Ansatz. Die Angstsymptomatik der beiden Zwillinge verändert sich im Verlauf der Therapie deutlich. Die beiden Zwillinge sind etwas verwirrt, dass ihnen die beiden Therapien geholfen haben, auch wenn sie deutlich unterschiedliche und teilweise sogar etwas widersprüchliche Erklärungs- und Behandlungsmodelle verfolgen. Patient C und B sind keine Einzelfälle: Als Bona-fide-Therapien werden, über die Daumen geschlagen, solche Therapien bezeichnet, bei denen ein guter Teil der Therapeut*innen zustimmen würde, dass sie einem seriösen psychotherapeutischen Angebot entsprechen (Behandlung durch eine/einen geschulte/geschulten Psychotherapeutin/Psychotherapeuten durchgeführt; Behandlung folgt einem gängigen Erklärungsmodell oder beruht auf einem psychologischen Behandlungsprinzip; Behandlung verfügt über kein Verbot, über spezifische Probleme der Patient*innen zu sprechen). Werden in Metaanalysen Bona-fide-Therapien mit Warte-Kontroll-Gruppen verglichen, sind die absoluten Effekte von Psychotherapie erstaunlich groß (große Effekte von $d = 0,85$). Werden jedoch unterschiedliche Bona-fide-Behandlungsbedingungen miteinander verglichen, ergeben sich zumeist kaum systematische, klinisch bedeutsame Wirksamkeitsunterschiede im Angst- und im Depressionsbereich (geringe *relative* Effekte, $d < 0,25$; Wampold et al. 2018).

Einleitung

Zu Beginn des 20. Jh. begannen Forscher allgemeinsprachliche, psychologische Begriffe in latenten Konstrukten zu operationalisieren und dahinterliegende Gesetzmäßigkeiten zwischen Personen, Gruppen und Gesellschaften zu erkunden. Rosenzweig (1936) postulierte für die Psychotherapie, dass sich hinter den schulenspezifischen Interventionen womöglich latente allgemeine Faktoren vermuten ließen. Die Frage nach latenten **allgemeinen Wirkprinzipien** ist auch nach fast 100 Jahren nach wie vor aktuell, innovativ und erstaunlich kontrovers.

Prädominante Rahmenmodelle

Das Gesundheitsverständnis und die Rolle der Gesundheitsberufe hat sich während der letzten 300 Jahre in westlich-industrialisierten Gesellschaften dramatisch und weltweit möglicherweise noch

Common curative factors in psychotherapy. Who and what makes psychotherapy effective?

The article gives an overview of different approaches about the understanding of how psychotherapy works. Based on the biopsychosocial model, the evidence-based practice approach postulates a framework for professional psychotherapeutic actions. As a basic assumption, all persons involved in the therapy have an active participation and therefore provide variability in process and outcomes. Common curative factors, such as the willingness and preparedness of the patients for change, the collaborative quality of the working alliance and the therapist's involvement with systematic feedback are proposed to transcend the gaps between research and practice.

Keywords

Evidence-based practice · Psychotherapeutic principles · Bona fide psychotherapy · Common factors

drastischer entwickelt. Dies führte zur Koexistenz von 3 prädominanten Rahmenmodellen, wie Gesundheit im Allgemeinen und psychische Gesundheit im Speziellen definiert werden (Wampold et al. 2018).

► Merke

Wirkmodelle der Psychotherapie basieren auf argumentativen Grundannahmen und sind geschichtlich gewachsen.

Heilkräfte-Rahmenmodell

Das Heilkräfte-Modell („healing model“) bietet eine kulturspezifische Gesamtkonzeption der (körperlichen und psychischen) Gesundheit, die religiöse, spirituelle, soziale Aspekte umfasst und sich in den jeweiligen Kulturen über Hunderte von Jahren herausbildete (Frank und Frank 1991). **Kulturspezifische Heilrituale** umfassen klar definierte, gesellschaftlich positiv sanktionierte Interventionen, oftmals verbunden mit sozialen und/oder **gesundheitsförderlichen Aktivitäten** (z. B. Meditation, Bewegung, Vorstellungen nach dem „guten Leben“).

Störungsspezifisches, medizinisches Rahmenmodell

Das störungsspezifische, medizinische Modell ist wohl die koordinierteste und umfassendste Initiative zur Linderung körperlicher Krankheiten. In der Wirksamkeitsforschung wurden die empirischen Paradigmen so konzipiert, dass eine stringente **krankheits-spezifische Argumentationslogik** entstand (spezifische Krankheit → krankheitsspezifische Behandlung mit spezifischer Dosierung → krankheitsbezogenes Endergebnis). Innerhalb dieser Argumentationslogik ist **Behandlungssadhärenz** (Einhaltung des Behandlungsprotokolls) eine zentrale zusätzliche Annahme, die eine störungsspezifische Argumentationslinie überhaupt erst ermöglicht. Diese störungsspezifische Argumentationslogik ermöglicht es, unterschiedliche störungsspezifische Interventionen in randomisierten kontrollierten Wirksamkeitsstudien miteinander zu vergleichen (relative Wirksamkeit). Die Argumentationslogik des medizinischen Modells wird teilweise auf psychologische Interventionen übertragen, indem störungsspezifische Behandlungsmodelle mit Kontrollbehandlungen verglichen werden, die die allgemein-psy-

Tab. 1 Thematische Schwerpunkte von störungsspezifisch-medizinischem und biopsychosozialen Rahmenmodell bezüglich der Wirksamkeitsattribution von Psychotherapie (Logik randomisierter kontrollierter Wirksamkeitsvergleichsstudien)

	Medizinisches Modell	Biopsychosoziales Modell
Träger der Evidenz	(Störungs-)spezifische Behandlungsmethode, Manual	Multidimensionale Behandlungsprinzipien und Wirkmodelle
Funktion des Therapeuten	Lege-artis-Anwendung der Behandlungsmethode	Breite, multidimensionale und kollaborative Mitberücksichtigung aller an der Therapie beteiligten Personen und deren Perspektiven
Funktion des Patienten	Empfänger der Psychotherapie	Aktive Partizipation von der Auswahl der Behandlung bis hin zum Behandlungsabschluss
Therapieziel	Primärer Endpunkt, zumeist Reduktion der spezifischen psychischen Störung	Breite psychosoziale Integration im Sinne der WHO-Gesundheitsdefinition
Behandlungsqualität	Einhaltung einer vorbestimmten Behandlungsqualität (Behandlungsintegrität)	Die Frage nach der „guten Qualität“ ist grundsätzlich eine multifaktorielle empirische Frage; für andere Fachpersonen begründbares, nachvollziehbares und ethisch vertretbares Vorgehen
Forschungszweck	Überprüfung der Wirksamkeit eines (invarianten) Behandlungspakets	Hinweise auf essenzielle und/oder vernachlässigte Behandlungsaspekte

chologischen („common“) Faktoren als Störvariablen kontrollieren sollen (Wampold et al. 2018).

► **Merke**

- Die Anwendung der strikt störungsspezifischen Logik führt in der Psychotherapie teilweise zu paradoxen Behandlungsempfehlungen.
- Die „Present Centered Therapy“ wird in den USA auf der Liste der evidenzbasierten störungsspezifischen Behandlungen für die Posttraumatische Belastungsstörung aufgeführt, obschon sie bewusst auf alle störungsspezifischen Inhalte verzichtete und voll und ganz störungsunspezifisch konstruiert wurde (Frost et al. 2014; <https://www.div12.org/diagnosis/posttraumatic-stress-disorder/>).

Biopsychosoziales Rahmenmodell

Das dritte Rahmenmodell ist das modernste, jedoch auch das am wenigsten etablierte und möglicherweise kontroverseste. Es folgt einem progressiven Forschungsverständnis und entwickelt sich laufend weiter. Im biopsychosozialen Rahmenmodell werden die Mehrfachbestimmtheit und **psychosoziale Komplexität** psychologischer Konzepte betont. Biopsychosoziale Forschung verneint die Stringenz störungsspezifischer Argumentationslinien nicht, sie hebt jedoch ein breites, **multidimensionales Gesundheitsverständnis** hervor, das sowohl biologische, psychologische und soziale Faktoren als mögliche Einflussfaktoren betont (Egle et al. 2020). Damit verbunden ist eine (radikale) Veränderung des Rollenverständnis von Patienten und Behandlern, in dem die Proaktivität der Patienten sowie die kollaborative Qualität aller Beteiligten hervorgehoben werden. Diese Hinwendung zur Patientenzentrierung wird besonders stark in **klientenzentrierten Ansätzen** gefordert (Wampold et al. 2018). Die Hinwendung zu einem klientenzentrierten Rollenverständnis findet aktuell in weiteren medizinischen Feldern Beachtung, wie beispielsweise in Modellen zur partizipativen Entscheidungsfindung („shared decision making“). Das biopsychosoziale Rahmenmodell bezieht sich auf hochindustrialisierte und spezialisierte Gesundheitssysteme mit staatlich sanktionierten, evidenzbasierten, demokratischen Checks und „balances“.

Im Allgemeinen erkennt die moderne, evidenzbasierte Psychotherapie die Grundannahmen des biopsychosozialen Modells an (wie z. B. die proaktive, eigenverantwortliche Rolle des Patienten; die kollaborative Zusammenarbeit von Therapeut*in und Patient*in; die Multidimensionalität und Multiperspektivität des Therapieergebnisses). Die Psychotherapie wird teilweise sogar als Katalysator dieses Modells in den sich schnell verändernden, teilweise verstärkter individuumbezogenen Gesellschaften diskutiert (z. B. Elias 2012). Gängige Psychotherapien sind jedoch zumeist auch mit den beiden anderen Rahmenmodellen vereinbar bzw. greifen darin enthaltene sozial akzeptierte Elemente auf. In **Tab. 1** werden die thematischen Schwerpunkte und die dahinterliegende Argumentationslogik des medizinischen Modells und des biopsychosozialen Modells einander gegenübergestellt.

► **Merke**

Konsultieren Sie eine der aktuell internationalen diskutierten evidenzbasierten psychotherapeutischen Leitlinien. Bemerkenswerterweise bestehen (aufgrund der identischen internationalen Literatur) erstaunlich unterschiedliche länderspezifische Ausgestaltungen:

- USA: <https://www.div12.org/diagnoses/>,
- England: <https://www.nice.org.uk/guidance/conditions-and-diseases/mental-health-and-behavioural-conditions>,
- Deutschland: <https://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/gesundheitspolitik/versorgungsthemen/leitlinien/>.

Mitwirkung an der Therapie beteiligter Personen

Eine grundsätzliche Annahme des biopsychosozialen Modells besteht darin, dass sich alle Menschen proaktiv verhalten und ihnen dieser **Handlungsspielraum** i. Allg. auch selbstverantwortlich zugestanden wird. Diese **Freiheitsgrade** im Erleben und Verhalten von Personen bedingen, dass aus wissenschaftsmethodologischer Sicht grundsätzlich alle Teilnehmer*innen im psychotherapeutischen Prozess als „Akteure“ wirken und deshalb als „**Varianzquellen**“ in den empirischen Modellen berücksichtigt werden sollen. Aufgrund der multidimensionalen, multiperspektivischen Betrachtung

tungsweise im biopsychosozialen Modell sind folgende grundlegenden Akteure zu beachten.

Patient*in als Akteur

Liberalen Gesellschaften heben den Schutz auf freie Willensbekundungen hervor. Diese Grundannahme gilt besonders stark für Psychotherapie, in der **freies Denken** sozusagen das Rückgrat jeder Therapie bildet. Die **proaktiven Verhaltensanteile** von Patient*innen und die Mitberücksichtigung deren Präferenzen und Erwartungen sind wichtige Bestandteile des Therapieprozesses. Die Psychotherapie bewegt sich auf einem schmalen Grat, einerseits auf die Wünsche des/der Patienten/ Patientin einzugehen und dessen/deren Denksystem zu respektieren und andererseits, wenn nötig, dessen/deren Annahmen (im Dienste des Patientenwohls) kritisch zu hinterfragen und allenfalls zu verändern. Die Erfassung von **Patientenpräferenzen** ist ein zentraler psychologischer Faktor und deren sorgfältige Mitberücksichtigung kann helfen, einen erfolgreichen Start in die Therapie zu ermöglichen (Swift et al. 2013).

Therapeut*in als Akteur

Therapieerfolg variiert teilweise zwischen Therapeut*innen (z. B. Wampold und Owen 2021; Schiefele et al. 2017) und anderen übergeordneten Faktoren, wie z. B. Kliniken. Werden übergeordnete Faktoren in den statistischen Analysen vernachlässigt, kann dies in einer Überschätzung der Behandlungsunterschiede resultieren. Beispielsweise werden mögliche Wirksamkeitsunterschiede einseitig auf die Behandlungen attribuiert, ohne die **Vorselektion** erfolgreicherer Therapeut*innen mitzubedenken. So werden Therapeut*innen in randomisierten kontrollierten Studien oftmals nicht randomisiert, sondern mehr oder weniger bewusst ausgewählt, was die Interventionsunterschiede verfälschen kann (Walwyn und Roberts 2010). Mögliche Therapeuteneffekte sind aus dieser Perspektive nicht störende Nebeneffekte, sondern bedeutsame Einflussfaktoren, die zur Varianzaufklärung des Therapieerfolgs beitragen.

Forscher*in als Akteur

Für die Psychotherapie ist der mögliche Einfluss der Forschungskontexte erstaunlich gut durch metaanalytische Untersuchungen dokumentiert. Beispielsweise gibt es anhaltende empirische Evidenz dafür, dass die Verpflichtung des Forscherteams gegenüber einer Therapieform („**allegiance**“ der Forscher) die Wirksamkeit einer Behandlung beeinflusst. Möglicherweise ergibt sich dies aufgrund einer Akkumulation subtiler Diskrepanzen zwischen den verschiedenen Behandlungsformen (z. B. beeinflusst durch die Supervision, Training, Zahl der Therapiestunden, Hausaufgaben, Patientenzahl, Erwartungen an Behandlung und Selektion spezifischer Therapeuten für spezifische Behandlungskonditionen; z. B. Wampold et al. 2018). Diese Effekte sind ebenfalls in Therapien dokumentiert, die sich zuvor als vergleichbar wirksam zeigten. Kleinere Allegiance-Effekte wurden ebenfalls in Prozess-Ergebnis-Studien dokumentiert. Eine herkömmliche Methode zur Untersu-

chung von Allegiance-Effekten besteht darin, die Primärstudien aufgrund unabhängiger **Rating-Skalen** zu beurteilen (z. B. Munder et al. 2011).

Mitpatient*in und Behandlungsort als Akteur

Psychotherapeutische Behandlung ist in einen psychosozialen Kontext eingebettet, der die Behandlung mitbeeinflussen kann. Besonders gut dokumentiert arbeiten beispielsweise Gruppen in **Gruppentherapien** unterschiedlich produktiv zusammen (Burlingame et al. 2018). Des Weiteren heben naturalistische Studien, die Bedeutung von Behandlungszentren hervor (Saxon und Barkham 2012). Entgegen dieser empirischen Hinweise werden **Center-Effekte** in aktuellen randomisierten kontrollierten Multizenterstudien kaum berichtet. Die Testung von Center-Effekten ist zentral, da die **Replizierbarkeit** der Resultate unter vergleichbaren Studienbedingungen geprüft werden kann (Flückiger et al. in press).

Evidenzbasierte Praxis als Rahmen wirksamer Psychotherapie

Die American Psychological Association (APA) definiert evidenzbasierte Praxis in der Psychologie (EBPP) als „die Integration der besten verfügbaren Forschung mit klinischer Expertise im Kontext der Patientencharakteristika, der Kultur und der Vorlieben“. Besonders stark werden die Komplexität und die damit verbundenen Herausforderungen und Diskurse der Psychotherapie von Mulder et al. (2017, S. 959) hervorgehoben: Psychotherapie beinhaltet „eine interdisziplinäre Integration klinisch-psychologischer Theorien zum Verständnis der Patientensymptomatik, der Interventionen und der Gesundheit, die die praktischen Herausforderungen der Anwendung und Durchführung *anerkennt*“. Evidenzbasierte Praxis ist ein **offenes Modell**, das im Einzelfall nicht die alleinige oder beste Lösung bietet, jedoch den Anspruch hat, die Eckpfeiler wirksamer Psychotherapie zu konkretisieren. Diese Eckpfeiler der

Tab. 2 Evidenzbasierte Praxis in der Psychologie (<https://www.apa.org/practice/guidelines/evidence-based-statement>)

(1)	Psychodiagnostik und deren Integration in eine differenzierte Fallkonzeption und Behandlungsplanung
(2)	Klinische Expertise bei der Durchführung und Anpassung der Behandlungsverfahren im Verlauf einer Therapie, Adaptation der Behandlungen an Patientenfortschritte und -rückschläge
(3)	Interpersonale Expertise
(4)	Kontinuierliche Selbstreflexion und Erwerb von breiten therapeutischen Fertigkeiten
(5)	Professionell-akademische Auseinandersetzung mit Grundlagen der Psychologie im Rahmen einer systematischen Grundausbildung und Weiterbildung
(6)	Verständnis und Sensibilisierung für den Einfluss von individuellen und kulturellen Unterschieden von Personen auf die Behandlung
(7)	Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Professionen im Sinne des Patientenwohls
(8)	Rational begründbare klinische Entscheidungsfindung und rational begründbares klinisches Handeln

wirksamen Psychotherapie manifestierten sich dann besonders, wenn sie systematisch missachtet würden.

► **Merke**

Evidenzbasierte Praxis beschreibt eine umfassende Konzeption psychotherapeutischer Aufgaben (<https://www.apa.org/practice/guidelines/evidence-based-statement>; Tab. 2).

Allgemeine Wirkfaktoren als transdiagnostische und/oder schulenübergreifende Konzepte

Neben der Postulierung von störungs-, schulenspezifischen Psychotherapiekonzepten, die teilweise markengeschützt sind und mit einer stufenweisen Weiterbildungszertifizierung einhergehen, ist die Formulierung allgemeiner zumeist störungs- und schulenübergreifender Wirkfaktoren in der psychologischen Theorieentwicklung ebenso gut verankert. Im Folgenden werden klassische Wirkfaktorenmodelle kurz dargestellt.

Jerome Frank (Frank und Frank 1991) beschreibt, dass Psychotherapiepatient*innen oft demoralisiert sind und darunter leiden, dass ihre gewohnten Bewältigungsstrategien nicht mehr zu funktionieren scheinen. Für Patienten ist die Suche nach professioneller Hilfe oft mit der Hoffnung verbunden, dass die individuelle Situation grundlegend verändert werden kann. In einer ersten Phase der Therapie ist es daher ein generelles Ziel, den Glauben der Patienten an die eigene Selbstwirksamkeit und Handlungsfähigkeit zu fördern (**Remoralisierung**). Ausgehend vom Remoralisationsmodell postulierte Howard ein Phasenmodell allgemeiner Veränderungsprozesse, in dem a) in einer ersten Phase die Patienten wieder Hoffnung gewinnen (Remoralisation), um sich b) in einer zweiten Phase tiefer mit den problematischen, oft störungsspezifischen Aspekten auseinanderzusetzen (**Remediation**) und c) sich in einer letzten Phase in dem neu geschaffenen Handlungsspielraum wieder in das psychosoziale Umfeld zu integrieren (**Resozialisation**). Das Phasenmodell wurde in der Folge empirisch untersucht und insofern revidiert, dass die Phasen bei den einzelnen Patient*innen auch gleichzeitig beobachtet werden können (siehe z. B. Stulz und Lutz 2007).

Orlinsky und Howard entwickelten 1986 das **Allgemeine Modell der Psychotherapie**, das in der Folge in mehreren Revisionen (auch in der deutschsprachigen Literatur) empirisch zusammengefasst wurde und folgende Komponenten umfasste (Orlinsky et al. 1994, 2004): a) den therapeutischen Auftrag, b) die therapeutischen Interventionen, c) die therapeutische Beziehung, d) die Aufnahmefähigkeit des Patienten, e) die therapeutische Umsetzung und f) die therapeutischen (Mikro- und Makro-)Ergebnisse.

Lambert (1992) postulierte die folgenden Faktoren in der Reihenfolge ihrer Bedeutung: a) **patientenbezogene/außertherapeutische Faktoren**, b) Beziehungsfaktoren, c) Placebo-, Hoffnungs- und Erwartungsfaktoren und d) spezifische Interventionen. Die bei Weitem wichtigste Kategorie nach Lambert, die patientenbezogenen/außertherapeutischen Faktoren, umfasste Patientencharakteristika und Ereignisse, die außerhalb der Therapie auftreten. Es liegt auf der Hand, dass viel von dem, was in der Therapie geschieht, auf die Motivation des Patienten, seine Ressourcen (z. B. soziale Unterstützung) und den aktuellen Kontext (z. B. komorbi-

de Störungen, psychosoziale Integration) zurückzuführen ist. Der zweitwichtigste Aspekt waren laut Lambert die **Beziehungsfaktoren**, zu denen alle Aspekte der Beziehung zu einer/einem aufrichtigen, einfühlsamen und fürsorglichen Therapeutin/Therapeuten gehören, die ihre Patient*innen nach ihrem besten Wissen und Gewissen bei der Lösung problematischer Fragen unterstützen. Die dritte Kategorie, Placebo-, Hoffnungs- und Erwartungsfaktoren, wurde als Folge der (aktiven) Suche nach Hilfe durch einen/eine professionellen/professionelle Behandler/Behandlerin verstanden. Schließlich, so Lambert, machten die spezifischen Interventionen nur einen kleinen Teil des Erfolgs der Psychotherapie aus.

Unter Bezugnahme auf die aktuelle empirischen Literatur postulieren Wampold et al. (2018) im **Kontextuellen Metamodell** 3 gleichzeitige Faktoren, die im Verlauf der Therapie durch das Vertrauen in das therapeutische Setting und die therapeutische Beziehung entstehen (: a) die Erfahrung einer realen Beziehungen im therapeutischen Setting und die Förderung positiver sozialer Erfahrungen innerhalb und außerhalb der Therapie, b) die Schaffung positiver Erwartungen bezüglich der gewünschten Veränderungen und Behandlung, c) die Erfahrung gesundheitsfördernder Maßnahmen während der Therapie, die mit den therapeutischen Zielen und Aufgaben zusammenhängen.

Im deutschen Sprachraum diskutierten Grawe (1998) und Kollegen folgende 4 allgemeine Wirkfaktoren: a) Bewältigungserfahrungen, die sich auf die Handlungskompetenzen des/der Patienten/Patientin beziehen; b) Klärungserfahrungen, die sich auf neu gewonnene Erkenntnisse und Einsichten beziehen; c) Ressourcenaktivierung, die sich auf die bestehenden oder brachliegenden Fähigkeiten, Fertigkeiten und motivationalen Bereitschaften des/der Patienten/Patientin bezieht; und d) Problemaktualisierung, die sich auf die emotionale Aktivierung im Verlauf der Therapie bezieht. Die 4 Wirkfaktoren können in 3 allgemeinen Wirkmechanismen zusammengefasst werden, die das Zusammenspiel der Veränderungsprozesse während einer Therapie beschreiben: a) Ressourcenaktivierung, als Aktivierung der (Selbst-)Heilungskräfte während der Therapie, die sich in einer vertrauensvollen Therapiebeziehung und einer aktiven Mitarbeit des/der Patienten/Patientin und damit verbundenen Reaktivierung der eigenen Problemlösefähigkeiten äußert; b) die bewältigungsorientierten bzw. bewusstseinserschaffenden Interventionen, die dem/der Patienten/Patientin Hilfestellungen bieten, die psychischen Probleme besser zu verstehen bzw. die damit verbundenen Verhaltensmuster zu durchbrechen; c) das Verstehen der überdauernden hierarchisch gegliederten motivationalen Ziele, Pläne, Schemata oder Bedürfnisse und damit verbundenen persönlichen „Fettnäpfchen“ und (**Lebens-)Ziele**. Zentral erscheint, dass die einzelnen hier dargestellten allgemeinen Wirkfaktoren und -mechanismen nicht kategorial zu trennen sind (Entweder-oder-Prinzip), sondern sich dimensional ergänzen (**Sowohl-als-auch-Prinzip**). Weiter beziehen sich die einzelnen Modelle gegenseitig aufeinander.

In aktuelleren Bestrebungen zur Psychotherapieintegration werden Modelle vorgeschlagen, die einen besonderen Fokus auf schulenverbindenden Elementen legen und gleichzeitig störungsspezifische Aspekte und allgemeine Prinzipien einbinden. Beispielsweise schlagen Rief und Strauß (2018) ein **integratives Störungsmodell** als Grundlage der Therapieplanung vor. Für die Ausgestaltung

therapeutischer Prinzipien wird des Weiteren die aktive Mitgestaltung von Praxis und Forschung als bidirektionaler Prozess betont: Castonguay et al. (2020) heben Wirkprinzipien hervor, die sich in 5 Cluster einteilen lassen: 1) prognostische Patientenfaktoren, 2) moderierende Behandlungs- und Therapeutenfaktoren, 3) Patienten-Prozess-Faktoren, 4) Faktoren zur einvernehmlichen Ausgestaltung der Therapiebeziehung, 5) Prinzipien für aktive Interventionen durch die Therapeut*innen. Goldfried (2019) betont, dass die Psychotherapie in den letzten Dekaden fast zu stark auf die Exploration neuer und spezifischer Interventionen bedacht war. Dadurch wurde in der nach Innovation strebenden Forschung einerseits die bewährten Konzepte (und die damit verbundene empirische Fundierung) und andererseits die Praxis (und das damit verbundene Praxiswissen) vernachlässigt. Dadurch scheint die Psychotherapie, so Goldfried, eher in den immer wiederkehrenden vergleichbaren Diskursen zu kreisen, sodass kein kontinuierlicher Wissenszuwachs entstehe.

► Merke

Im Rahmen einer APA Taskforce wurden von Norcross und Lambert (2018) sowie Norcross und Wampold (2018) 17 Metaanalysen zu zentralen beziehungsrelevanten Wirkprinzipien zusammengestellt. Diese erweisen sich als äußerst robuste Prädiktoren des Therapieerfolgs:

- <http://psycnet.apa.org/record/2018-51673-001> (open access),
- <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jclp.22678>.

Die nachfolgenden Beispiele aus der oben erwähnten Taskforce heben je ein generalisiertes, psychologisches Wirkprinzip hervor, das empirisch gut untersucht wurde und sich metaanalytisch als bedeutsam erwies:

Bereitschaft zur Veränderung. Patient*innen, die eine Psychotherapie aufsuchen, haben möglicherweise unterschiedliche **Motivationen** hierfür und sind mehr oder weniger ambivalent darin, an ihren Problemen zu arbeiten. Das in der Suchttherapie entwickelte **Transtheoretische Modell** konzeptualisiert motivationale Stufen, eine Therapie aufzusuchen: Präkontemplation (nicht bereit), Kontemplation (sich bereit machen), Vorbereitung, Aktion und Aufrechterhaltung, die sich als zeitliche Phasen im Laufe der Therapie zeigen könnten. Das Modell entspricht in vielen Bereichen dem im deutschen Sprachraum etwas besser bekannten motivationalen **Rubikon-Modell** (Grawe 1998). Die metaanalytische Evidenz des Transtheoretischen Modells, basierend auf 76 Primärstudien, zeigt auf, dass die motivationale Bereitschaft der Patient*innen positiv mit dem Therapieerfolg korreliert (Krebs et al. 2018).

Allianz. Der Begriff der (Arbeits-)Allianz bezieht sich auf die kollaborative Qualität der **Therapeut*in-Patient*in-Beziehung**. Das Working Alliance Inventory (WAI) erfasst zentrale Bestandteile der Allianz in einer kollaborativen Haltung zwischen Therapeut*in und Patient*in, die die folgenden 3 Indikatoren umfasst: a) Übereinstimmung der therapeutischen Ziele, b) Konsens darüber, welche Aufgaben jeweils bestehen und c) das Vertrauen zwischen dem/der Therapeuten/Therapeutin und dem/der Patienten/Patientin in die therapeutische Arbeit. Alle 3 Indikatoren sollen im Verlauf einer Therapie zu einem gewissen Anteil aus längerfristiger und kurzfris-

tiger Perspektive erfüllt sein, damit die Arbeitsallianz gewährleistet ist. Basierend auf über 300 Primärstudien ist die Allianz (gemessen während der Therapie) ein moderater, jedoch äußerst robuster Prädiktor des Therapieerfolgs über die verschiedenen Therapieschulen, Beurteiler, Erfolgsmaße und Länder hinweg ($r = 0,28$; 95 %-Konfidenzintervall: 0,26–0,30). Die deutschsprachige Literatur zeigt ein vergleichbares Bild. Negative Zusammenhänge werden kaum beobachtet (<2 %; Flückiger et al. 2018). Die Allianz zeigt sich des Weiteren in der frühen Therapiephase in Wechselwirkung mit der **Symptomreduktion**, indem die zum Sitzungsbeginn gemessene Symptomreduktion die Allianz zum Sitzungsende vorhersagt und diese Allianz wiederum die Symptomreduktion zur nächsten Sitzung prädiziert (Flückiger et al. 2020).

► Merke

Mit über 300 Primärstudien ist die Allianz der am intensivsten untersuchte psychotherapeutische Wirkfaktor zur Vorhersage des Therapieerfolgs (<http://psycnet.apa.org/record/2018-23951-001>; open access).

Feedback. Systematisches Monitoring über die von den Patienten berichteten Fortschritte und Brüche in der Therapie erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass Risikofälle schneller erkannt und adäquater therapiert werden („not on-track patients“). Weiter kann offenes Feedback die Qualität der Zusammenarbeit fördern, indem die Therapieziele, Verbesserungen und Herausforderungen direkt diskutiert werden. Dies kann das Engagement von Patient*innen und Therapeut*innen gleichermaßen erhöhen und dazu beitragen, dass im einzelnen Fall in die Therapie etwas mehr Lebenszeit (und damit verbunden Therapiesitzungen) investiert werden. Basierend auf 24 Primärstudien besteht deutliche metaanalytische Evidenz dafür, dass Patientenfeedback an den/die Therapeuten/Therapeutin die Wahrscheinlichkeit des Therapieerfolgs erhöht (Lambert et al. 2018).

► Merke

- Vielleicht haben Sie sich soeben beim Lesen der 3 Wirkprinzipien gefragt, inwieweit diese Wirkprinzipien nicht einfach auch etwas dem Common Sense entsprechen und möglicherweise sogar als etwas trivial erscheinen?
- Eine Veranschaulichung einer (Pseudo-)Therapie, in der diese Faktoren nicht erkannt werden, finden Sie hier: <https://www.youtube.com/watch?v=4BjKS1-vjPs>.

Grenzen der therapeutischen Kompetenz

In der Psychotherapie besteht kaum ein breit akzeptiertes Kernwissen darüber, wie psychotherapeutische Wirksamkeit zu erklären ist. Es besteht jedoch durchaus ein Einverständnis darüber, in welchen Diskursen unterschiedliche Positionen eingenommen werden, beispielsweise wie schulenspezifisch und auf welchem Abstraktionsgrad psychotherapeutische Wirkung zu erklären ist (Wampold et al. 2018). Das biopsychosoziale Modell bezieht sich auf statistisch-methodische Annahmen, die auf statistischem Denken in empirischen Konstrukten und Wahrscheinlichkeiten beruhen. Die Suche nach dem Allgemeinen im Spezifischen zieht sich in der Psychotherapie über praktisch alle Domänen hin, von der psycho-

Infobox 1

Tipps für die Praxis

- **Spezifische Wirksamkeit von Psychotherapiemethoden.** Fragen Sie in Diskussionen über den „Beweis“ der Wirksamkeit einer spezifischen Psychotherapiemethode in einer randomisierten, klinischen Wirksamkeitsvergleichsstudie nach;
(a) inwieweit die Therapeut*innen in den unterschiedlichen Gruppen selektiert worden sind, und inwieweit Unterschiede in der spezifischen Aus- und Weiterbildung bestehen (Fallstrick: Vorselektion der Therapeut*innen bevorzugt eine Behandlungsgruppe),
(b) inwieweit die Institution (und/oder Forscher*innen) sich einer der Therapierichtungen verpflichtet fühlen. (Fallstrick: Allegiance der Forscher ist zwischen den Behandlungsgruppen nicht ausbalanciert);
(c) inwieweit die allfällige Therapiekontrollbedingung mit Verboten belegt wurde. (Fallstrick: Die Verbote verunmöglichen eine einigermaßen realistische Therapie, wie beispielsweise das Verbot bei Posttraumatischer Belastungsstörung über traumatische Erlebnisse zu sprechen, z. B. Foa et al. 1991).
Diese kleinen, feinen und empirisch bedeutsamen Unterschiede werden eher in den Nebensätzen von Publikationen und Vorträgen erwähnt – falls sie überhaupt Erwähnung finden. Durch diese Fragen werden Sie erkennen, welche Wirksamkeitsannahmen das Gegenüber oftmals implizit annimmt.
- **Wer und was wirkt?** Achten Sie in Diskussionen darauf,
(a) wie allgemeine Wirkfaktoren und Wirkprinzipien (z. B. Remoralisierung, Bereitschaft zu Veränderung, Allianz, Feedback) konnotiert werden. Werden sie als Selbstverständlichkeit dargestellt oder als fundamentale Faktoren?
(b) Wie störungsspezifische oder schulenspezifische Argumente konnotiert werden.
(c) welche möglichen Akteure nicht mitberücksichtigt werden.
Mit diesen Fragen werden Sie erkennen, welche möglichen Wirksamkeitsdiskurse Ihr Gegenüber nicht anspricht und möglicherweise auch ganz bewusst aktiv umschifft.
- **Wie würden Sie sich selbst einschätzen:**
(a) Sind Sie ein/eine unterdurchschnittlich erfolgreicher/erfolgreiche Therapeut/Therapeutin?
(b) Sind Sie bereit, jede Ihrer Therapien mithilfe eines Wirkfaktoren-Feedbacksystems und Ergebnis-Monitorings täglich zu reflektieren?
(c) Leben Sie in der Überzeugung, dass Sie eine evidenzbasierte (oder sonst wie „wirksame“) Therapiemethode anwenden und deshalb sowieso erfolgreich sind?
(d) Haben Ihnen allgemeine Wirkfaktoren im Gegenzug auch schon als (vermeintliches) Argument gedient, den Einzelfall nicht ganz genau anzuschauen zu müssen (z. B. „Ist doch egal, Hauptsache die Beziehung stimmt.“)?
Diese Punkte zeigen auf, dass Fragen zur eigenen Wirksamkeit durchaus etwas unbequem sein können.

logischen Theoriebildung, psychometrischen Testkonstruktion bis hin zur Entwicklung und Prüfung von Wirkmodellen.

Ebenso bedeutsam wie die spezifische Konzeption der einzelnen Wirkmodelle erscheint deren Umgang mit den Grenzen der therapeutischen Kompetenzen der Therapeut*innen und, damit verbunden, das Zugeständnis der Freiwilligkeit und Selbstverantwortung der an der Therapie beteiligten Personen. Dies bedingt einen sorgfältigen, kollaborativen Umgang mit möglichen Meinungsverschiedenheiten zwischen Behandler*in und Patient*in. Psychotherapie beginnt oftmals dort, wo die Weisungskompetenzen anderer Professionen aufhören. Aus dieser Perspektive stellt Psychotherapie eine im besten Sinn „**sokratische Überredungstherapie**“ dar, in der Patienten dazu angeleitet werden, freiwillig

gerade die Dinge zu tun, die sie im Alltag dezidiert meiden (Flückiger und Schauenburg 2019). Ganz in Sinne von Ruth Cohn erscheinen Therapeut*innen deshalb nicht allmächtig, jedoch auch nicht ohnmächtig, sondern, – Sie ahnen es – „teilmächtig“. Diese teilmächtige therapeutische Wirksamkeit auszuhalten, ist durchaus in vielen Belangen eine deutliche therapeutische Kompetenz.

Fazit für die Praxis

Während es der Psychotherapie seit ihren Anfängen relativ leicht fällt, sich in immer weiter verästelte Unterbereiche aufzuteilen und sich in innere Legitimationskämpfe zu verstricken, leisten die Konzeptualisierung und Beschreibung allgemeiner psychotherapeutischer Rahmenbedingungen und Wirkprinzipien einen gewichtigen Beitrag zum Zusammenhalt der Psychotherapiefessionen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Christoph Flückiger
Psychologisches Institut, Universität Zürich
Binzmühlestr. 14/04, 8050 Zürich, Schweiz
christoph.flueckiger@psychologie.uzh.ch

Funding. Open access funding provided by University of Zurich

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. Gemäß den Richtlinien des Springer Medizin Verlags werden Autoren und Wissenschaftliche Leitung im Rahmen der Manuskripterstellung und Manuskriptfreigabe aufgefordert, eine vollständige Erklärung zu ihren finanziellen und nichtfinanziellen Interessen abzugeben.

Autoren. C. Flückiger: A. Finanzielle Interessen: Forschungsförderung zur persönlichen Verfügung: Schweizerischer Nationalfonds (SNF): Grant PP00P1_163702, PP00P1-190083, Principal Investigator: Christoph Flückiger. – B. Nichtfinanzielle Interessen: Eidgenössisch anerkannter Psychotherapeut, Editor-In-Chief der Wissenschaftszeitschrift „Psychotherapy Research“, Leiter der Abteilung „Allgemeine Interventionspsychologie und Psychotherapie“ des Psychologischen Instituts der Universität Zürich, Leiter der Spezialpraxis für generalisierte Angststörungen des Psychologischen Instituts der Universität Zürich | Mitgliedschaften: Schweizerische Gesellschaft für Psychologie (SGP), Föderation der Schweizer PsychologInnen (FSP), International Society of Psychotherapy Research (SPR), American Psychological Association (APA).

Wissenschaftliche Leitung. Die vollständige Erklärung zum Interessenkonflikt der Wissenschaftlichen Leitung finden Sie am Kurs der zertifizierten Fortbildung auf www.springermedizin.de/cme.

Der Verlag erklärt, dass für die Publikation dieser CME-Fortbildung keine Sponsorengelder an den Verlag fließen.

Für diesen Beitrag wurden vom Autor keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Burlingame GM, McClendon DT, Yang C (2018) Cohesion in group therapy: a meta-analysis. *Psychotherapy* 55(4):384–398. <https://doi.org/10.1037/pst0000173>
- Castonguay LG, Constantino MJ, Beutler LE (2020) Principles of change. How Psychotherapists implement research in practice. Oxford, New York
- Egle UT, Heim C, Strauß B, von Känel R (2020) Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell – revisited. In: Egle UT, Heim C, Strauß B, von Känel R (Hrsg) *Psychosomatik – neurobiologisch fundiert und evidenzbasiert*. Kohlhammer, Stuttgart
- Elias N (2012) *The civilizing process: Sociogenetic and psychogenetic investigations*, 2. Aufl. Wiley-Blackwell, London
- Flückiger C, Schauenburg H (2019) Therapeutische Kompetenz. In: Flückiger C, Schauenburg H (Hrsg) *Psychotherapie im Dialog*. Thieme, Stuttgart
- Flückiger C, Rubel J, Del Re AC, Barber J et al (2020) The reciprocal relationship between alliance and early treatment symptoms: a two-stage individual participant data meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 88(9):829–843. <https://doi.org/10.1037/ccp0000594>
- Flückiger C, Del Re AC, Wampold BE, Horvath AO (2018) The alliance in adult psychotherapy: a meta-analytic synthesis. *Psychotherapy* 55(4):316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Flückiger C, Paul C, Hilpert P, Vislä A, Gómez-Penedo J-M, Probst GH, Wampold BE (in press) Estimating the reproducibility of psychotherapy effects in mood and anxiety disorders: the possible utility of multicenter trials. *World Psychiatry*
- Foa EB, Rothbaum BO, Riggs DS, Murdock TB (1991) Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *J Consult Clin Psychol* 59(5):715–723
- Frank JD, Frank JB (1991) *Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy*. JHU Press, New York
- Frost ND, Laska KM, Wampold BE (2014) The evidence for present-centered therapy as a treatment for posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 27(1):1–8. <https://doi.org/10.1002/jts.21881>
- Goldfried MR (2019) Obtaining consensus in psychotherapy: What holds us back? *Am Psychol* 74(4):484–496. <https://doi.org/10.1037/amp0000365>
- Grawe K (1998) *Psychologische Psychotherapie*. Hogrefe, Göttingen
- Krebs P, Norcross JC, Nicholson JM, Prochaska JO (2018) Stages of change and psychotherapy outcomes: a review and meta-analysis. *J Clin Psychol* 74(11):1964–1979. <https://doi.org/10.1002/jclp.22683>
- Lambert MJ (1992) Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In: Norcross JC, Goldfried MR (Hrsg) *Handbook of psychotherapy integration*. Basic Books, New York, 594–129
- Lambert MJ, Whipple JL, Kleinstäuber M (2018) Collecting and delivering client feedback: a meta-analysis of routine outcome monitoring. *Psychotherapy* 55(4):520–537. <https://doi.org/10.1037/pst0000167>
- Lutz W, Ehrlich T, Rubel J et al (2013) The ups and downs of psychotherapy: sudden gains and sudden losses identified with session reports. *Psychother Res* 23(1):14–24. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.693837>
- Mulder R, Murray G, Rucklidge J (2017) Common versus specific factors in psychotherapy: opening the black box. *Lancet Psychiatry* 4(12):953–962. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30100-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30100-1)
- Munder T, Gerger T, Trelle S, Barth J (2011) Testing the allegiance bias hypothesis: a meta-analysis. *Psychother Res* 21(6):670–684. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.602752>
- Norcross JC, Lambert MJ (2018) Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy* 55(4):303–315. <https://doi.org/10.1037/pst0000193>
- Norcross JC, Wampold BE (2018) A new therapy for each patient: evidence-based relationships and responsiveness. *J Clin Psychol* 74(11):1889–1906. <https://doi.org/10.1002/jclp.22678>
- Orlinsky DE, Grawe K, Parks B (1998) Process and outcome in psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield GSL (Hrsg) *Handbook of psychotherapy and behavior change*, Bd. 4. Wiley, New York, 5270–376
- Orlinsky DE, Rønnestad MH, Willutzki U (2004) Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change. In: Lambert MJ (Hrsg) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5. Aufl., 5307–389
- Rief W, Strauß B (2018) Integratives Störungsmodell als Grundlage der Therapieplanung. *Psychotherapeut* 63:401–408. <https://doi.org/10.1007/s00278-018-0295-z>
- Rosenzweig S (1936) Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Am J Orthopsychiatry* 6:412–415. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>
- Saxon D, Barkham M (2012) Patterns of therapist variability: therapist effects and the contribution of patient severity and risk. *J Consult Clin Psychol* 80(4):535–546. <https://doi.org/10.1037/a0028898>
- Schiefele AK, Lutz W, Barkham M et al (2017) Reliability of therapist effects in practice-based psychotherapy research: a guide for the planning of future studies. *Adm Policy Ment Health* 44(5):598–613. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0736-3>
- Stulz N, Lutz W (2007) Multidimensional patterns of change in outpatient psychotherapy: the phase model revisited. *J Clin Psychol* 63(9):817–833. <https://doi.org/10.1002/jclp.20397>
- Swift JK, Callahan JL, Ivanovic M, Kominiak N (2013) Further examination of the psychotherapy preference effect: a meta-regression analysis. *J Psychother Integr* 23(2):134–145. <https://doi.org/10.1037/a0031423>
- Walwyn R, Roberts C (2010) Therapist variation within randomised trials of psychotherapy: implications for precision, internal and external validity. *Stat Methods Med Res* 19(3):291–315. <https://doi.org/10.1177/0962280209105017>
- Wampold BE, Owen J (2021) Therapist effects: History, methods, magnitude, and characteristics of effective therapists. In: Barkham M, Lutz W, Castonguay LG (Hrsg) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 7. Aufl. Wiley, New York City
- Wampold BE, Imel ZE, Flückiger C (2018) *Die Psychotherapie Debatte – Was Psychotherapie wirksam macht*. Hogrefe, Göttingen



Basale Wirkmodelle in der Psychotherapie

Zu den Kursen dieser Zeitschrift: Scannen Sie den QR-Code oder gehen Sie auf www.springermedizin.de/kurse-psychotherapeut

? Das medizinische Rahmenmodell (Tab. 1) hat folgende Argumentationslogik:

- Logische Abfolge von der Remoralisierung zur Resozialisierung hin
- Zeitliche Abfolge von der Resozialisierung zur Remoralisierung hin
- Logische Abfolge des Patientenverhaltens
- Logische Abfolge des Therapeutenverhaltens
- Logische Abfolge störungsspezifischer Aspekte

? Das biopsychosoziale Rahmenmodell hat folgende Argumentationslogik:

- Patient folgt den proaktiven Interventionen des Therapeuten.
- Therapeut folgt dem proaktiven Verhalten des Patienten.
- Patient und Therapeut beteiligen sich gemeinsam an der kollaborativen Zusammenarbeit.
- Störungsspezifische Interventionen sind zu verneinen.
- Allgemeine Wirkfaktoren sind zu verneinen.

? Die Present Centered Therapy ist in den USA auf der Liste der evidenzbasierten störungsspezifischen Therapien für Posttraumatische Belastungsstörung aufgeführt, ...

- Da Present Centered Therapy besonders stark auf die traumatisierenden Ereignisse eingeht.

- Da in der Present Centered Therapy die verlängerte Traumaexposition besondere Präsenz verlangt.
- Obschon Present Centered Therapy belastende Interventionen für Posttraumatische Belastungsstörung integriert.
- Obschon Present Centered Therapy ganz bewusst auf jegliche störungsspezifische Interventionen für Posttraumatische Belastungsstörung verzichtet.
- Obschon Present Centered Therapy für akute Belastungsstörungen konzipiert wurde.

? „Allegiance“ der Forscher bedeutet, ...

- Dass Forscher besondere Interessen befolgen, die sie üblicherweise in den Interessenkonflikten angeben.
- Dass Forscher zumeist besonders neutrale Studiendesigns aufbauen, um die Versuchsleitereffekte zu kontrollieren.
- Dass Forscher Allianzen mit den Therapeuten eingehen („working alliance“).
- Dass Forscher ohne bewusste Manipulation die Studienresultate beeinflussen können.
- Dass Forscher Allianzen mit den Patienten eingehen („working alliance“).

? Unterschiede in der Therapeuteneffektivität (Therapeuteneffekte):

- Therapeuteneffekte werden in randomisierten kontrollierten Studien üblicherweise durch randomisierte Zuteilung der

Therapeut*innen zu den Behandlungsgruppen eliminiert.

- Therapeuteneffekte werden in randomisierten kontrollierten Studien üblicherweise durch gute Passung eliminiert.
- Therapeuteneffekte werden in naturalistischen Studien üblicherweise durch gute Passung eliminiert.
- Therapeuteneffekte werden in randomisierten kontrollierten Studien üblicherweise durch die Manualtreue nicht vollumfänglich eliminiert.
- Therapeuteneffekte werden in naturalistischen Studien üblicherweise durch die Patientenselektion eliminiert.

? Unterschiede in der Effektivität unterschiedlicher Institutionen (Center-Effekte):

- Center-Effekte werden in randomisierten kontrollierten Multizenterstudien üblicherweise durch randomisierte Zuteilung der Patient*innen zu den Behandlungsorten eliminiert.
- Center-Effekte werden in randomisierten kontrollierten Multizenterstudien kaum berichtet, deshalb besteht in diesen Studien kein gesichertes Wissen über Center-Effekte.
- Center-Effekte werden in randomisierten kontrollierten Multizenterstudien üblicherweise durch gute Passung eliminiert.
- Center-Effekte in naturalistischen Multizenterstudien üblicherweise durch die Patientenselektion eliminiert.

Informationen zur zertifizierten Fortbildung

Diese Fortbildung wurde von der Ärztekammer Nordrhein für das „Fortbildungszertifikat der Ärztekammer“ gemäß § 5 ihrer Fortbildungsordnung mit 3 Punkten (Kategorie D) anerkannt und ist damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig. Diese Fortbildung wurde akkreditiert von der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg gemäß Kategorie D und ist damit auch für andere Psychotherapeutenkammern

anerkennungsfähig. Für das Fortbildungszertifikat ist diese Fortbildung mit 3 Punkten anrechenbar.

Anerkennung in Österreich: Für das Diplom-Fortbildungs-Programm (DFP) werden die von deutschen Landesärztekammern anerkannten Fortbildungspunkte aufgrund der Gleichwertigkeit im gleichen Umfang als DFP-Punkte anerkannt (§ 14, Abschnitt 1, Verordnung über ärztliche Fortbildung, Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) 2013).

Hinweise zur Teilnahme:

- Die Teilnahme an dem zertifizierten Kurs ist nur online auf www.springermedizin.de/cme möglich.
- Der Teilnahmezeitraum beträgt 12 Monate. Den Teilnahmeschluss finden Sie online beim Kurs.
- Die Fragen und ihre zugehörigen Antwortmöglichkeiten werden online in zufälliger Reihenfolge zusammengestellt.

- Pro Frage ist jeweils nur eine Antwort zutreffend.
- Für eine erfolgreiche Teilnahme müssen 70% der Fragen richtig beantwortet werden.
- Teilnehmen können Abonnenten dieser Fachzeitschrift und e.Med-Abonnenten.

- Center-Effekte sind in naturalistischen Multizenterstudien üblicherweise bedeutungslos.

? Evidenzbasierte Praxis ...

- Hebt die Bedeutung der Manualtreue hervor.
- Hebt die Bedeutung der Patientenselektion hervor.
- Hebt die Bedeutung der Fallkonzeption hervor.
- Hebt die Bedeutung der Therapeutenselektion hervor.
- Hebt die Bedeutung der Selektion von Institutionen hervor.

? Das Kontextuelle Metamodell nach Wampold ...

- Hebt die Bedeutsamkeit von allgemeinen therapieschulübergreifenden Interventionen hervor (z. B. sokratischer Dialog).
- Hebt die Bedeutsamkeit von allgemeinen, störungsunspezifischen Interventionen hervor (z. B. progressive Muskelrelaxation).
- Hebt die Bedeutsamkeit der allgemeinen Therapeutenpersönlichkeit hervor,
- Hebt die Bedeutsamkeit von außertherapeutischen Faktoren hervor.
- Hebt die Bedeutung von gesundheitsfördernden Maßnahmen hervor.

? Die 4 allgemeinen Wirkfaktoren nach Grawe (1998). Welcher Faktor wird *nicht* als gesonderter Faktor erwähnt?

- Therapiebeziehung
- Ressourcenaktivierung
- Problemaktualisierung
- Bewältigungserfahrungen
- Klärungserfahrungen

? Der Zusammenhang zwischen der in der Therapie beurteilten (Arbeits-)Allianz und dem am Ende der Therapie gemessenen Therapieerfolg (Allianz-Ergebnis-Korrelation):

- Hohe Allianzeinschätzung und Therapieerfolg sind stark miteinander gekoppelt (große Korrelation, $r > 0,50$). Ohne tragfähige Therapiebeziehung läuft nicht viel.
- Hohe Allianzeinschätzung und Therapieerfolg sind mittelstark miteinander gekoppelt (mittlere Korrelation, $r > 0,30$).

Eine tragfähige Therapiebeziehung wird zwischendurch durchaus auch belastet.

- Hohe Allianzeinschätzung und Therapieerfolg sind schwach miteinander gekoppelt (kleine Korrelation, $r > 0,10$). Die Bedeutung einer tragfähigen Therapiebeziehung wird oft etwas überschätzt.
- Hohe Allianzeinschätzung und Therapieerfolg sind nicht miteinander gekoppelt (keine Korrelation, $r = 0,0$). Eine tragfähige Therapiebeziehung ist für den Therapieerfolg zumeist irrelevant.
- Hohe Allianzeinschätzung und Therapieerfolg sind schwach negativ miteinander gekoppelt (kleine, negative Korrelation, $r > -0,10$). Eine allzu gute Therapiebeziehung ist eher ein Risikofaktor für Therapieerfolg.