

Mario Pfammatter, Ulrich Martin Junghan und Wolfgang Tschacher

Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie: Konzepte, Widersprüche und eine Synthese

Common factors of psychotherapy: concepts, contradictions and a synthesis

Zusammenfassung

Während die Wirksamkeit von Psychotherapie nicht mehr zur Debatte steht, bleibt die Frage nach ihrer Wirkungsweise weitgehend unbeantwortet. Vor dem Hintergrund der Kontroverse über die unterschiedliche Wirksamkeit verschiedener Psychotherapieansätze haben sich zwei vermeintlich gegensätzliche Vorstellungen darüber entwickelt, was Psychotherapie wirksam macht: Befürworter empirisch fundierter Psychotherapieansätze gehen von der therapeutischen Bedeutsamkeit methoden- und störungsspezifischer Techniken aus. Demgegenüber führen die Vertreter der Sichtweise, dass zwischen verschiedenen Psychotherapierichtungen nur geringe Wirkunterschiede bestehen, die Wirksamkeit von Psychotherapie auf allgemeine Wirkfaktoren zurück. Das Modell allgemeiner Wirkfaktoren („common factors model“) erschließt einen vielversprechenden Weg zur Integration der verschiedenen Psychotherapieansätze, ist jedoch mit einer Reihe von konzeptionellen Unklarheiten behaftet. Techniken und Wirkfaktoren sind zudem verschiedenen Ebenen des Therapieprozesses zugeordnet. Dies sowie die Befundlage der Prozess-Ergebnis-Forschung stellen die dichotome Gegenüberstellung spezifischer Techniken und allgemeiner Wirkfaktoren in Frage.

Das beschriebene Taxonomie-Projekt ist ein Versuch, die konzeptuellen Schwierigkeiten zu überwinden, indem spezifische Techniken und allgemeine Wirkfaktoren aufeinander bezogen werden. Auf der Basis einer umfangreichen Literaturanalyse wurden 22 allgemeine Wirkfaktoren identifiziert und definiert. Gleichzeitig wurden 22 Standardtechniken der psychotherapeutischen Hauptrichtungen vorgegeben, durch die die allgemeinen Wirkfaktoren mehr oder weniger implementiert werden können. Psychotherapieexperten schätzten daraufhin in einer Umfrage ein, wie stark die einzelnen allgemeinen Wirkfaktoren durch die spezifischen Psychotherapietechniken umgesetzt werden können. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die verschiedenen allgemeinen Wirkfaktoren aufgrund der Profile ihrer Zusammenhänge mit spezifischen Psychotherapietechniken beschreiben lassen.

Summary

A large number of meta-analyses demonstrates that psychotherapy is beneficial to most forms of psychopathology. However, there is considerable disagreement as to what makes psychotherapy effective. The controversy about the comparative efficacy of different forms of psychotherapy has generated two different major perspectives: the specific ingredients assumption and the common-factors model. Supporters of the verdict that distinct psychotherapy approaches show little differences in their efficacy have proposed common factors as the main causes of therapeutic change. In contrast, proponents of empirically supported therapies believe that psychotherapy works through specific techniques. However, there is no clear definition of common factors. Moreover, contrasting specific with common factors of therapeutic change ignores the fact that both are intertwined. The “Generic Model of Psychotherapy” and process-outcome findings rather suggest a synergistic view of common factors, specific techniques and their interaction with disorder-related and other patient characteristics.

The presented Taxonomy Project aims at identifying the associations between specific techniques of psychotherapy and common factors of therapeutic change. Thereby, the Taxonomy Project attempts to contribute to a clearer definition and conception of common factors. A comprehensive literature search was performed to identify the common factors discussed in psychotherapy research. 22 common factors were extracted from the literature and defined. Afterwards, a questionnaire relating these factors to 22 standard techniques used in the major psychotherapy approaches was constructed. Psychotherapy experts then rated the degree of the association between the techniques and the common factors in a web-based survey. Hierarchical regression analyses were performed to analyze the associations between common factors and specific techniques. The results indicate that the different common factors can be discriminated by their different associations to the various techniques.

At present, research addressing therapeutic change processes in psychotherapy is suffering from a terminological “jungle”

Diese Zusammenhänge gilt es, in Psychotherapieprozessanalysen zu validieren. Zudem müssen bei der Analyse der Beziehungen zwischen Psychotherapietechniken und allgemeinen Wirkfaktoren weitere Aspekte berücksichtigt werden – insbesondere ihr Zusammenspiel mit Störungsparametern und individuellen Patientenmerkmalen.

Schlüsselwörter

Psychotherapie – Wirksamkeit – allgemeine Wirkfaktoren – spezifische Therapietechniken – Therapieprozess

and theoretical misconceptions. It is likely that the terminological confusion as well as the conceptual impreciseness impair the exact analysis of psychotherapeutic change mechanisms and, thus, progress in psychotherapy. The presented taxonomical endeavor is a first step towards a clarification of common factors. A more precise concept of common factors is required to look closely at the processes underlying therapeutic change in psychotherapy.

Keywords

psychotherapy – efficacy – common factors – specific techniques – therapy process

■ Stand der Psychotherapieforschung

Über 500 Metaanalysen belegen heute, dass Psychotherapie bei den meisten psychischen Störungen schneller, stärker und nachhaltiger wirkt als der natürliche Heilungsprozess oder ein stützendes Umfeld (Lambert, 2011): In Vergleichen mit unbehandelten Kontrollgruppen finden sich bei Betrachtung verschiedener Störungsbilder mittlere Effektstärken von 0,67 bis 1,1 (Lipsey & Wilson, 1993; Grawe, Donati & Bernauer, 1994; Wampold et al., 1997). Mit Effektstärken zwischen 0,42 und 0,58 (Prioleau et al., 1983; Lipsey & Wilson, 1993; Grissom, 1996; Wampold et al., 1997) erzielen psychotherapeutische Verfahren auch im Vergleich zu Placebo-Kontrollgruppen eine deutlich höhere Wirkung. Bei störungsspezifischer Betrachtung fallen die Effekte teilweise noch höher aus: So erreichen psychotherapeutische Behandlungsansätze bei verschiedenen Angststörungen in einzelnen Metaanalysen Effektstärken von über 1,6 und bei Zwangsstörungen sogar Effektstärken von über 2 (vgl. Lambert & Ogles, 2004; Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006). Obschon die Rückfallraten in Abhängigkeit des Störungsbildes erheblich variieren, konnten Nicholson und Berman (1983) anhand von 67 Follow-up-Studien aufzeigen, dass Psychotherapie insgesamt häufig eine nachhaltige Wirkung erzielt. Während die Wirksamkeit von Psychotherapie damit außer Frage steht, werden zwei weitere zentrale Fragen der Psychotherapieforschung kontrovers beantwortet: *Die Frage nach der vergleichenden Wirksamkeit* verschiedener Psychotherapieansätze und – damit zusammenhängend – die Frage nach der *Wirkungsweise* von Psychotherapie.

Die vergleichende Psychotherapieforschung hat bis heute keinen eindeutigen Befund geliefert: Über verschiedene Störungsbilder und Ergebnisvariablen betrachtet, finden Metaanalysen von Psychotherapie-Vergleichsstudien nur kleine Unterschiede in der Wirksamkeit verschiedener Psychotherapiemethoden. Die Effektstärkendifferenzen liegen zwischen 0,18 und 0,23 (Grissom, 1996; Wampold et al., 1997; Luborsky et al., 2003). Dieses Ergebnis bestätigt sich teils auch in Untersuchungen der störungsspezifischen Wirkung: Hinsichtlich depressiver Störungen zeigen Metaanalysen ebenfalls bloß geringe Abweichungen in der Wirkung verschiedener Psychotherapieansätze (Wampold, Minami, Baskin & Callen Tierney, 2002; Cuijpers, van Straten, Andersson & van Oppen, 2008). Auf der anderen Seite wird in der psychotherapeutischen

Behandlung von Angst- und Zwangsstörungen häufig eine Überlegenheit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Methoden festgestellt (DeRubeis, Brotman & Gibbons, 2005; Butler et al., 2006; Wolitzky-Taylor, Horowitz, Powers & Telch, 2008). Zusammengefasst lässt sich damit nach Lambert und Ogles (2004, S. 164) festhalten: „There is a strong trend toward no differences (...), which is counterbalanced by indications that, under some circumstances, certain methods (...) are superior.“ Ein Teil der Psychotherapieforscher hat auf den Befund, dass sich häufig keine prägnanten Wirksamkeitsunterschiede zwischen verschiedenen Psychotherapieverfahren aufzeigen lassen, mit der Akzeptanz der Nullhypothese, dass verschiedene Psychotherapiemethoden gleich wirksam sind, reagiert. Sie sind entsprechend von der Gültigkeit des sogenannten Dodo-Verdikts überzeugt, dass alle gewonnen und deshalb einen Preis verdient hätten. Dieses Verdikt des Dodo-Vogels im Märchen „Alice im Wunderland“ (Carroll, 1865) über den Ausgang eines Wettrennens ist zur vielzitierten Metapher in der Psychotherapieforschung geworden. Nicht alle Psychotherapieforscher sind jedoch von der Validität des Dodo-Verdikts überzeugt. Sie verweisen darauf, dass sich bei einzelnen Störungen regelmäßig klare Wirksamkeitsunterschiede zwischen verschiedenen Psychotherapiemethoden abzeichnen (DeRubeis et al., 2005).

Sowohl das Fehlen von Wirksamkeitsunterschieden wie auch das Auffinden solcher werden von den jeweiligen Vertretern der anderen Sichtweise als Resultat methodischer Artefakte beiseitegeschoben. So wird von den Verfechtern des Dodo-Verdikts die immer wieder beobachtete Überlegenheit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Methoden bei bestimmten psychischen Störungen mit der Präferenz der Untersucher für diese Therapierichtung („Allegiance“-Effekt; Luborsky et al., 1999), mit der stärkeren Reaktivität von Instrumenten zur Verhaltensmessung oder mit der stärkeren Berücksichtigung von Therapieanalogiestudien an subklinischen Probanden bei der Evaluation verhaltenstherapeutischer Ansätze begründet: „When these factors are controlled, comparative studies yield remarkably similar findings“ (Lambert & Ogles, 2004, S. 163). Auf der Gegenseite gibt es eine Reihe methodischer Gründe, das Dodo-Verdikt in Frage zu stellen. Die relative Wirksamkeitsäquivalenz wird zum einen mit der geringen Teststärke der meisten Primärstudien erklärt: „(...) 43% of the studies that report no outcome differences between various therapies did

not have the sensitivity to detect differences even if they existed“ (Norcross, 1995, S. 501). Weiter wird die metaanalytische Aggregation der Effekte über verschiedene Störungen und Ergebnismaße, die eigentlich bestehende Wirkunterschiede maskiert, als Gegenargument zum Dodo-Verdikt angeführt: „(...) the ‚boiling it all down‘ feature of meta-analysis is (...) one of its key weaknesses: knowledge of average effects says nothing about when (...) therapy works“ (Rounsaville & Carroll, 2002, S. 18). Zudem kann die Konfundierung mit nicht auf die Störung bezogenen Patientencharakteristika störungsspezifische Wirksamkeitsunterschiede überdecken. So konnten Beutler et al. (2004) in zahlreichen Studien zeigen, dass die Wirksamkeit von Techniken durch verschiedene interaktionsbezogene Patientenmerkmale moderiert wird. Es zeigt sich beispielsweise, dass Patienten, die zu hoher Selbstreflexivität oder Introvertiertheit neigen, stärker von aufdeckenden, klärungsorientierten Techniken profitieren, submissive Patienten dagegen eher von einem direktiven und problemlöseorientierten therapeutischen Vorgehen. Diese „Aptitude by Treatment“-Interaktionen (ATI) sind ein weiteres Argument gegen die allgemeine Ergebnisuniformität verschiedener Psychotherapiemethoden: Sie können Störungsmerkmale überlagern, dadurch die höheren störungsspezifischen Effekte bestimmter Therapieansätze verwischen und so den „Mythos homogener Therapieergebnisse“ stärken. Eine weitere Alternativerklärung des Dodo-Verdikts bietet das Äquifinalitätsprinzip: Demnach erzielen verschiedene Psychotherapieverfahren zwar äquivalente Ergebnisse, erreichen diese aber auf unterschiedlichen Wegen, d. h. über verschiedene spezifische Wirkmechanismen (DeRubeis et al., 2005). Schließlich kann ein grundsätzlicher Einwand gegen das Dodo-Verdikt vorgebracht werden: Für viele Psychotherapieformen liegen gar keine Wirksamkeitsprüfungen vor. Die Aussage, dass alle Psychotherapieansätze gleich wirksam sind, ist allein schon angesichts dieser ungeprüften „Trittbrettfahrer“ nicht zulässig (Caspar, Herpertz & Mundt, 2008).

Die Kontroverse über die Gültigkeit des Dodo-Verdikts hat einen Richtungsstreit in der Frage der Wirkungsweise von Psychotherapie nach sich gezogen. Dieser Richtungsstreit dreht sich im Wesentlichen um die Frage: „Do treatments cure disorders or do relationships heal people?“ (Norcross & Lambert, 2011, S. 4). Die Antwort darauf teilt die Psychotherapieforscher in zwei Lager. Die Befürworter der These einer äquivalenten Wirksamkeit verschiedener Psychotherapiemethoden werten dieses Ergebnis als Ausdruck dafür, dass das spezifische technische Vorgehen der einzelnen Psychotherapieansätze nicht der eigentliche Schlüssel zur therapeutischen Veränderung ist. Sie schreiben die heilende Wirkung dem psychotherapeutischen Setting an sich zu, insbesondere der Heilkraft der Beziehung zwischen dem Patienten und dem Therapeuten. Jedes Psychotherapiesetting enthält nach dieser Auffassung implizite therapeutische Faktoren. Diese Faktoren werden als allgemeine Wirkfaktoren bezeichnet. Die Anhänger des Modells allgemeiner Wirkfaktoren („*common-factors model*“) glauben, „(...) 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). Demgegenüber attribuiert man im Lager der Verfechter von Wirkunterschieden zwischen verschiedenen Psychotherapieverfahren die Wirksamkeit auf das besondere Methodenarsenal effektiverer Psychotherapieansätze. Dem allgemeinen Wirkungsmodell stellen sie damit ein spezifisches Wirkungsmodell entgegen.

Die Debatte über die therapeutische Bedeutung spezifischer Techniken gegenüber allgemeinen Wirkfaktoren – die sogenannte Spezifitätsfrage (Strauß, 2001) – ist zum Brennpunkt der Frage nach der Wirkungsweise von Psychotherapie geworden: Dieser Wettstreit, „(...) 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, S. 632).

■ Spezifische Techniken versus allgemeine Wirkfaktoren

Spezifische Techniken sind zum einen die explizit in einem bestimmten Psychotherapieansatz verankerten Vorgehensweisen, etwa die Durchführung von Expositionen in der Verhaltenstherapie, das Deuten von Übertragungen in der psychoanalytischen Psychotherapie, die Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte in der Gesprächstherapie, die Technik des leeren Stuhls in der Gestalttherapie oder der Einsatz paradoxer Interventionen in der systemischen Therapie; andererseits fallen darunter auch störungsspezifische psychotherapeutische Vorgehensweisen, wie z. B. die Planung angenehmer Aktivitäten bei depressiven Störungen oder das Führen eines Essstagebuchs bei der Behandlung von Essstörungen. Der Begriff spezifisch bezieht sich also auf die Singularität der Technik für eine bestimmte Psychotherapiemethode oder ein bestimmtes Störungsmodell. Diese spezifischen Therapietechniken werden vor dem Hintergrund der jeweiligen Veränderungstheorie des Psychotherapie- oder Störungskonzepts als wesentliche, ja ausschlaggebende therapeutische Komponenten betrachtet. Damit wird eine theoretisch begründete kausale Verknüpfung zwischen spezifischen Techniken und bestimmten therapeutischen Veränderungen angenommen.

Die Annahme methoden- bzw. störungsspezifischer Techniken gründet auf einem Störungsmodell, das von umschriebenen Krankheitsentitäten ausgeht, die wiederum auf bestimmte Krankheitsursachen zurückzuführen sind. Diese Krankheitsursache gilt es, in Analogie zur pharmazeutischen Behandlung durch aktive isolierbare „Wirkstoffe“ zu beseitigen. Dies impliziert bei Patienten mit bestimmten Störungsdagnosen die Anwendung spezifisch wirksamer Psychotherapieverfahren die besondere therapeutisch aktive Ingredienzien in Form von Techniken enthalten. Auf diesem Krankheits- und Therapieverständnis gründet die evidenzbasierte Medizin. Entsprechend erheben die Anhänger des spezifischen Wirkungsmodells die Forderung nach empirisch fundierten störungsspezifischen Psychotherapieansätzen und treten für die Ableitung von Therapieleitlinien und ihre standardisierte Umsetzung mit Hilfe von Therapiemanualen ein (Chambless & Ollendick, 2001).

Unter *allgemeinen Wirkfaktoren* werden dagegen Therapievariablen verstanden, die implizit im Kontext jeder psychotherapeutischen Interaktion auftreten. Sie sind inhärenter Bestandteil von Psychotherapie und kommen weder exklusiv nur bei bestimmten Psychotherapiemethoden zum Tragen, noch spielen sie – nach Auffassung ihrer Verfechter – in der Behandlung spezifischer psychischer Störungen eine besondere Rolle. Mit wenigen Ausnahmen, wie z. B. dem allgemeinen Wirkfaktor Therapiebeziehung in der Gesprächspsychotherapie, werden sie in schulen- oder störungsspezifischen Veränderungstheorien nicht explizit beschrieben und entsprechend nicht gezielt therapeutisch eingesetzt.

Allgemeine Wirkfaktoren sind in der Psychotherapieforschung seit Langem Thema. Saul Rosenzweig hat in den 1930er Jahren als Erster darauf hingewiesen, dass in jeder Form von Psychotherapie neben den gezielt angewandten spezifischen Therapietechniken auch implizite identische therapeutische Faktoren wirksam werden: „(...) besides the intentionally utilized methods and their consciously held theoretical foundations, there are inevitably certain unrecognized factors in any therapeutic situation – factors that may be even more important than those purposely employed“ (Rosenzweig 1936, S. 9). Als allgemeine therapeutische Faktoren bezeichnete er

1. die Persönlichkeit des Therapeuten,
2. die formale Konsistenz einer therapeutischen Ideologie und eine darauf basierende Formulierung einer alternativen Problemsicht,
3. die interdependente Persönlichkeitsorganisation, die zu einem „Dominoeffekt“ therapeutischer Veränderungen führt.

Dieser Standpunkt wurde zu Beginn der 1960er Jahre von Jerome D. Frank aufgegriffen und zum „*Common Component Model*“ (Frank, 1971) weiterentwickelt. Im Zentrum dieses Modells steht die „Remoralisierung“-Hypothese. Dieser zufolge bildet die Bekämpfung der Demoralisierung des Patienten den therapeutischen Kern von Psychotherapie. Der Demoralisierung wird über den Aufbau einer positiven Erwartungshaltung des Patienten entgegengewirkt. Frank listet vier ubiquitäre formale Aspekte von Psychotherapie auf, die beim Patienten eine entsprechende Erwartungsänderung bewirken:

1. Psychotherapie findet in einem institutionalisierten, sozial legitimierten Kontext statt, der beim Patienten die Erwartung aufbaut, qualifizierte Hilfe zu bekommen.
2. Eine vertrauensvolle, emotional unterstützende Beziehung zwischen Hilfesuchendem und Helfer fördert den Glauben des Patienten an die Kompetenz des Therapeuten.
3. Ein plausibles Erklärungsschema („Mythos“) für die Problematik des Patienten und ein nachvollziehbares Therapierationale zeigen dem Patienten einen Problemlösungsweg auf.
4. Aus dem Erklärungsmodell abgeleitete Vorgehensweisen („Rituale“) demonstrieren einerseits die Kompetenz des Therapeuten und fördern andererseits die Auseinandersetzung des Patienten mit seinen Problemen, die zu neuen Einsichten, Einstellungs- und Verhaltensänderungen führt.

Diese Faktoren setzen einen allgemeinen therapeutischen Veränderungsprozess in Gang, welcher der Demoralisierung und Entfremdung des Patienten entgegenwirkt, ihm Hoffnung auf eine Verbesserung seiner Situation sowie neue Erfahrungen,

Erfolgserebnisse und Kompetenzen im Umgang mit seinen Problemen vermittelt. Im Modell Franks ist die Wirksamkeit von Psychotherapie nicht im Inhalt der verschiedenen Theorien und Techniken begründet, sondern in deren Funktion: Die Psychotherapiekonzepte und die damit verbundenen Therapietechniken bilden lediglich den Rahmen für eine glaubwürdige Behandlung.

In der Folge haben verschiedene Autoren eine Reihe weiterer allgemeiner Wirkfaktoren beschrieben: Karasu (1986) identifizierte drei therapeutisch wirksame Komponenten, die nach seiner Auffassung in allen Psychotherapieansätzen enthalten sind. Er bezeichnet diese drei Komponenten als „*change agents*“. Hierzu zählt er:

1. **Affektives Erleben („Affective experiencing“):** Darunter versteht Karasu das Erleben oder den Ausdruck von Gefühlen, die durch bestimmte Techniken wie freie Assoziation, Exposition, vertiefende Exploration und Interpretation beim Patienten hervorgerufen werden und auf Widerstände, Abwehrmechanismen oder Konflikte verweisen.
2. **Kognitive Bewältigung („Cognitive mastery“):** Dieser allgemeine Wirkfaktor bezieht sich auf die Klärung von Motiven und Bedeutungen, die Korrektur verzerrter Denkstile, dysfunktionaler Einstellungen oder irrationaler Überzeugungen sowie den Aufbau und die Integration neuer Perspektiven, Wahrnehmungen und Denkmuster. Nach Karasu wird dies insbesondere durch Techniken wie empathisches Verstehen, paradoxe Intention, Interpretation, Konfrontation oder kognitive Therapietechniken wie das Hinterfragen irrationaler Überzeugungen erreicht.
3. **Verhaltensregulation („Behavioral regulation“):** Das Erlernen neuer Verhaltenskompetenzen konstituiert nach Karasu den dritten allgemeinen Wirkfaktor. Durch verhaltensregulierende Techniken wie Instruktionen, Rückmeldungen, Modelllernen, Verstärkung, Training und Üben werden eine verbesserte Verhaltenskontrolle oder neue Verhaltenskompetenzen erlangt.

Nach Karasu wenden alle Psychotherapiemethoden eine Kombination von affektivem Erleben, kognitivem Lernen und Verhaltensregulation als zentrale Mittel therapeutischer Veränderung an. Das affektive Erleben des Patienten bereitet dabei den Boden für kognitives Lernen und Verhaltensänderungen.

Weinberger (1995) postuliert fünf allgemeine Wirkfaktoren:

1. **Eine vertrauensvolle Therapiebeziehung:** Diese bezieht sich nach Weinberger sowohl auf den Aspekt der Zusammenarbeit zwischen Patient und Therapeut („Working alliance“) als auch auf die interaktionellen Therapeutenvariablen Wertschätzung, Empathie und Echtheit nach Rogers (1951) sowie die ablaufenden Übertragungsprozesse;
2. **Positive Therapieerwartungen** aufseiten des Patienten („Expectation of therapeutic success“) – abgeleitet von Franks Theorie der Remoralisierung als zentralem Wirkprinzip und der Hoffnungsinduktion als Schlüssel dazu;
3. **Konfrontation** des Patienten mit seinen Problemen („Confronting or facing the problem“);
4. **Vermittlung von Bewältigungserfahrungen oder kognitiver Kontrolle** über problematische Aspekte des Erlebens

oder Verhaltens („Providing an experience of mastery or cognitive control over the problematic issue“) sowie

5. **Attribuierung des Therapieerfolgs** durch Patienten auf sich selber und eine dadurch erhöhte Selbstwirksamkeitserwartung.

Grawe (1995) wiederum leitet aus seiner umfassenden Befundintegration der Psychotherapieforschung vier allgemeine Wirkfaktoren ab:

1. **Problemaktualisierung oder prozessuale Aktivierung:** Damit wird Aktivierung problematischer Erlebnisse und Verarbeitungsprozesse beim Patienten bezeichnet.
2. **Ressourcenaktivierung** beinhaltet die gezielte Berücksichtigung der positiven Möglichkeiten, Eigenarten, Fähigkeiten und Motivationen der Patienten.
3. **Motivationale Klärung oder Intentionsveränderung:** Dieser allgemeine Wirkfaktor bezieht sich auf Therapieprozesse, die dem Patienten helfen, sich über die Bedeutungen seines Erlebens und Verhaltens im Hinblick auf seine bewussten und unbewussten Ziele und Werte klar zu werden.
4. **Problembewältigung oder Intentionsrealisierung** meint die Ausrichtung der therapeutischen Hilfe auf die aktive Bewältigung der Schwierigkeiten und konkrete Lösung der Probleme der Patienten.

Eine weitere Auflistung allgemeiner Wirkfaktoren stammt von Jorgensen (2004):

1. **Emotionales Abreagieren:** Darunter wird die kathartische Freisetzung und der Ausdruck blockierter oder unterdrückter negativer Emotionen beim Patienten verstanden.
2. **Exposition und Desensibilisierung** meint die systematische Konfrontation des Patienten mit Angst- oder anderen Problemsituationen (Exposition) und eine dadurch erzielte Abschwächung der physiologischen, kognitiven und/oder verhaltensbezogenen Reaktionen darauf (Desensibilisierung).
3. **Korrektive emotionale Erfahrung und Internalisierung:** Treten bei der Konfrontation mit einer Angst- oder anderen Problemsituation die befürchteten Konsequenzen nicht ein, macht der Patient eine korrektive emotionale Erfahrung. Die Internalisierung bezieht sich auf die Integration dieser neuen Erfahrung in die bestehenden Denkstrukturen und Handlungsmuster des Patienten.
4. **Emotionsregulation** beschreibt den Prozess der Einflussnahme darauf, welche Emotionen wann wie erlebt werden.
5. **Mentalisierung („Theory of mind“)** bezeichnet die Fähigkeit, eigene mentale und emotionale Zustände wie Absichten, Wünsche oder Stimmungen sowie jene von Interaktionspartnern richtig einzuschätzen. Die Fähigkeit zur Mentalisierung ist Voraussetzung für die sinnvolle Interpretation eigener sowie der Erlebens- und Verhaltensweisen von Interaktionspartnern.
6. **Neue Selbstnarration:** Bezeichnet die Entwicklung einer stimmigen Neufassung der Lebensgeschichte des Patienten sowie eine darauf basierende neue Einschätzung seiner Identität und seiner Beziehung zur Umwelt.

Andere Autoren haben Kategoriensysteme zur theoretischen Einordnung der zahlreichen allgemeinen Wirkfaktoren vorge-

schlagen: Korchin (1976) unterscheidet zwei grobe Klassen von allgemeinen Wirkfaktoren: basale therapeutische Rahmenbedingungen sowie therapeutische Prozesse, definiert als klinische Strategien des Therapeuten und therapeutische Ereignisse während des Therapieverlaufs. Cornsweet (1983) schlägt dagegen ein Drei-Kategorien-Schema vor: Bei allgemeinen Wirkfaktoren handelt es sich nach diesem Klassifikationssystem entweder um Aspekte der Therapiebeziehung, um kognitive Faktoren oder um Therapeutenmerkmale. Omer und London (1989) wiederum weisen die verschiedenen allgemeinen Wirkfaktoren vier übergeordneten Kategorien zu:

1. **Beziehungsfaktoren („Relationship factors“):** Darunter fallen allgemeine Wirkfaktoren, die verschiedene Aspekte der Therapiebeziehung beschreiben wie die Wertschätzung des Therapeuten, dessen Empathie oder dessen Funktion als Modell, Identifikationsfigur und Projektionsfläche. Über die Therapiebeziehung beeinflusst der Therapeut die Teilnahme-, Aufnahme- und Veränderungsbereitschaft des Patienten.
2. **Therapieerwartungen („Expectancy effects“):** Hierzu zählen die Zustimmung der Patienten zum Therapierationale, ihre damit zusammenhängenden Besserungserwartungen sowie ihr Glaube an die eigenen Fähigkeiten. Auch die Erwartungshaltungen der Therapeuten („Therapist expectancy effects“) gegenüber ihren Patienten beeinflussen das Therapieergebnis, etwa ihre Überzeugung von den Veränderungsmöglichkeiten des Patienten; die Erwartungen der Therapeuten wirken sich nachweislich auf ihren Einsatz aus und können so zu einer selbsterfüllenden Prophezeiung werden.
3. **Umstrukturierungsprozesse („Reorganising factors“):** Dieser Kategorie gehören allgemeine Wirkfaktoren wie die Klärung problematischer Sichtweisen, die Vermittlung neuer Problemperspektiven und die Entwicklung funktionaler Denkmuster an.
4. **Einflüsse auf die therapeutische Wirkung einer Intervention („Therapeutic impact“):** Diese Kategorie enthält verschiedene Aspekte, welche die therapeutische Wirkung einer Intervention beeinflussen, wie das Erregungsniveau des Patienten oder seine Beteiligung.

Grencavage und Norcross (1990) ordnen auf der Grundlage einer Literaturobwohl die am häufigsten beschriebenen allgemeinen Wirkfaktoren fünf übergeordneten Kategorien zu:

1. **Patientenmerkmale** beziehen sich auf allgemeine Wirkfaktoren, die Eigenschaften und Verhaltensweisen von Patienten beschreiben. Zwei unter dieser Kategorie besonders häufig genannte allgemeine Wirkfaktoren sind das aktive Hilfesuchen von Patienten und positive Therapieerwartungen aufseiten der Patienten.
2. Unter **Therapeutenmerkmale** fallen allgemeine Wirkfaktoren, die mit den Eigenschaften und Verhaltenskompetenzen von Therapeuten assoziiert sind: Zu den häufigsten allgemeinen Wirkfaktoren dieser Kategorie zählen verschiedene Beziehungsmerkmale des Therapeuten wie Wertschätzung und Empathie, seine Fähigkeit, positive Therapieerwartungen beim Patienten zu aufzubauen, aber auch sein Status als sozial anerkannter „Heiler“.

3. Der Kategorie **Veränderungsprozesse** werden allgemeine Wirkfaktoren zugewiesen, die partielle therapeutische Veränderungen beim Patienten, therapeutische Zwischenschritte markieren. Zu den am häufigsten genannten allgemeinen Wirkfaktoren dieser Kategorie zählen Katharsis, Desensibilisierung, Einsicht sowie der Aufbau von Verhaltenskompetenzen.
4. Zur Kategorie **Behandlungsstruktur** gehört u. a. der allgemeine Wirkfaktor Orientierung an einer Therapietheorie.
5. Die Kategorie **Therapiebeziehung** umfasst darauf bezogene interaktionelle allgemeine Wirkfaktoren wie die therapeutische Zusammenarbeit zwischen dem Patienten und Therapeuten (Therapieallianz) oder die Bearbeitung von Übertragungsprozessen.

Nach der Literaturanalyse von Grençavage und Norcross (1990) stellen die meisten der in der Literatur diskutierten allgemeinen Wirkfaktoren (41 %) therapeutische Veränderungsprozesse dar; bei 21 % handelt es sich um Therapeuteigenschaften, bei 17 % um Merkmale der Behandlungsstruktur, 15 % beziehen sich auf die Therapiebeziehung, und 6 % repräsentieren Patientenmerkmale.

Ein weiteres Klassifikationsschema wurde von Lambert und Ogles (2004) aufgestellt: Sie unterscheiden die Kategorien **unterstützende allgemeine Wirkfaktoren** („**Supportive factors**“) wie die Therapiebeziehung und die damit verbundene Aufhebung der sozialen Isolation des Patienten, **allgemeine Lernfaktoren** („**Learning factors**“) wie die Assimilation problematischer Erfahrungen, kognitives Lernen oder Einsichtsgewinn und **handlungsbezogene allgemeine Wirkfaktoren** („**Action factors**“) wie Problemkonfrontation, Erfolgserfahrungen oder Verhaltensregulierung. Diese drei Kategorien allgemeiner Wirkfaktoren repräsentieren eine für Psychotherapie typische Abfolge therapeutischer Veränderungsprozesse: „The developmental nature of this sequence presumes that the supportive functions precede changes in beliefs and attitudes, which precede the therapist’s attempts to encourage patient action“ (Lambert & Ogles, 2004, S. 173). Die dargestellten Ordnungssysteme basieren auf theoretischen Überlegungen. Ein erster Schritt in Richtung einer empirisch begründeten Kategorisierung allgemeiner Wirkfaktoren wurde von Tracey, Lichtenberg, Goodyear, Claiborn und Wampold (2003) unternommen: Die nach Grençavage und Norcross (1990) in der Literatur am häufigsten genannten allgemeinen Wirkfaktoren wurden dabei von Psychotherapieexperten nach dem Grad ihrer Ähnlichkeit eingestuft. Auf der Basis der Einschätzungen ihrer Ähnlichkeit ließen sich die allgemeinen Wirkfaktoren den übergeordneten Kategorien **kognitive Prozesse, emotionale Prozesse, therapeutische Aktivitäten** sowie **therapeutische Rahmenbedingungen** zuordnen.

In der heutigen Psychotherapiediskussion gibt es mehrere integrative Bestrebungen: Neben dem **technischen Eklektizismus** finden sich Bemühungen um eine **theoretische Integration** oder eine **Assimilation ergänzender Perspektiven und Methoden** an bestehende Psychotherapiemodelle (assimilative Integration, z. B. „third wave“-Bewegung der kognitiven Verhaltenstherapie). Das Modell allgemeiner Wirkfaktoren repräsentiert einen weiteren wichtigen Ansatz zur Psychothe-

rapieintegration (Castonguay, 2011). Die Gegenüberstellung spezifischer Techniken und allgemeiner Wirkfaktoren hat zudem die Auseinandersetzung mit der Frage, welche Faktoren für therapeutische Veränderungsprozesse verantwortlich zeichnen, und damit die Beschäftigung mit der Frage nach der Wirkungsweise von Psychotherapie dominiert. Das in diesen Debatten zentrale Konstrukt des allgemeinen Wirkfaktors wird jedoch von einer unklaren Begrifflichkeit unterhöhlt.

■ Begriffsverwirrung

Synonym mit dem Begriff des allgemeinen Wirkfaktors werden verschiedene weitere Begriffe verwendet. Grençavage und Norcross (1990) stießen bei ihrer Literaturanalyse auf nicht weniger als 27 Bezeichnungen, darunter generischer, universeller oder kommunaler Wirkfaktor. Besonders häufig findet der Ausdruck unspezifischer Wirkfaktor Verwendung. Diese Bezeichnung ist jedoch doppeldeutig. Sie impliziert neben fehlender Methoden- oder Störungsspezifität auch theoretische Unbestimmtheit. „The term nonspecific refers to theoretically unspecified agents of change (...)“ (Garfield, 1995, S. 138). Dies trifft jedoch auf eine Reihe allgemeiner Wirkfaktoren nicht zu (Castonguay & Grosse Holtforth, 2005). So sind allgemeine Wirkfaktoren wie die Therapiebeziehung (Gelso & Carter, 2004), die therapeutische Arbeitsallianz (Bordin, 1976; Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011) oder korrektive emotionale Erfahrungen (Alexander, 1961; Hartmann & Zimberoff, 2004) theoretisch ausführlich beschrieben worden. Mit der Verwendung des Begriffs unspezifischer Wirkfaktor wurden allgemeine Wirkfaktoren zudem mit Placebowirkungen gleichgesetzt: „(...) Placebos have also been labeled as ‚nonspecific‘ factors“ (Lambert & Ogles, 2004, S.151). Das Placebokonzept wurde in Analogie zum pharmakologischen Modell des Scheinmedikaments in die Psychotherapieforschung eingeführt. Der Placebobegriff ist im Kontext von Psychotherapie aber problematisch: Die Placebowirkung beruht wesentlich auf der Mobilisierung positiver Besserungserwartungen beim Patienten und damit auf psychologischen Prozessen. Die Abgrenzung der Wirkung einer veränderten Erwartungshaltung des Patienten gegenüber aktiven Wirkstoffen ist bei der medikamentösen Behandlung ein berechtigtes Anliegen, gegenüber der ebenfalls auf psychologischen Prozessen basierenden Psychotherapiewirkung aber unmöglich. Positive Erwartungseffekte sind in der Psychotherapie außerdem nicht ein Nebenprodukt des Therapieangebots, sondern ein wesentlicher therapeutischer Faktor, dessen Umsetzung besser oder schlechter gelingen kann. Die konstruktive Veränderung der Erwartungen des Patienten verlangt beispielsweise nach einem glaubwürdigen Therapierationale. Diese Glaubwürdigkeit ist bei einem Medikament durch identische Form und Farbe des Placebos mit dem Verumpräparat grundsätzlich herstellbar. Die Umsetzung einer psychotherapeutischen Placebointervention ist jedoch prinzipiell unmöglich, da die Vermittlung eines glaubwürdigen Psychotherapierationale als Voraussetzung für den Aufbau positiver Therapieerwartungen nicht nur eine wesentliche Essenz wirkungsvoller Psychotherapie darstellt, sondern Psychotherapie geradezu konstituiert. Es ist deshalb

angemessener, den Aufbau positiver Therapieerwartungen beim Patienten als einen allgemeinen Wirkfaktor zu betrachten. „(...) placebo effects would be better conceptualized as research on common factors (...)“ (Lambert & Ogles, 2004, S.151). Allerdings ist der Aufbau von Besserungserwartungen nur einer von mehreren allgemeinen Wirkfaktoren; die Auffassung Franks (1971), dass die Wirkung von Psychotherapie allein auf das Vertrauen des Patienten in die heilenden Kräfte des Psychotherapieangebots zurückzuführen sei, wurde, wie einleitend berichtet, durch die Ergebnisse mehrerer Metaanalysen mittlerweile eindeutig widerlegt: „(...) placebo effects (...) contribute to the overall effects of psychological treatment, but their magnitude does not seem sufficient to fully account for those overall effects“ (Lambert & Ogles, 2004, S.151/152). Psychotherapeuten sind mehr als reine „Placebologen“.

Neben der Begrifflichkeit variiert auch die Breite der psychotherapeutischen Variablen, die als allgemeine Wirkfaktoren bezeichnet werden. Bei einem breiten Verständnis umfassen allgemeine Wirkfaktoren sämtliche therapeutisch wirksame, nicht an ein bestimmtes Psychotherapiemodell gebundene Variablen des Psychotherapie-settings. Darunter können, wie bereits dargestellt, Aspekte der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen von Psychotherapie, Eigenschaften des Patienten, Handlungen, aber auch Kompetenzen und Haltungen des Therapeuten sowie verschiedene Facetten der Therapiebeziehung zwischen dem Patienten und Therapeuten fallen. So werden auf Patientenseite etwa die Hoffnung auf Besserung, auf Therapeutenseite seine Empathie und auf der Beziehungsebene beispielsweise die Qualität der Zusammenarbeit, die Arbeitsallianz zwischen dem Patienten und dem Therapeuten zu den allgemeinen Wirkfaktoren gezählt. Allgemeine Wirkfaktoren können sich somit auf verschiedenste Dimensionen des Psychotherapieprozesses beziehen.

Einige Psychotherapieforscher gehen jedoch von einem engeren Verständnis allgemeiner Wirkfaktoren aus. Sie siedeln diese als sogenannte Wirkprinzipien („Principles of therapeutic change“) auf einer Ebene zwischen seinem konkreten technischen Vorgehen und seinem Therapiemodell an (Goldfried, 1980; Castonguay & Beutler, 2006). In diesem engeren Sinne werden allgemeine Wirkfaktoren als therapeutische Strategien verstanden, die der Therapeut mit seiner technischen Taktik umzusetzen versucht. Die Realisierung solcher Wirkprinzipien schlägt sich entsprechend in unmittelbaren partiellen Erlebens-, Einstellungs- und Verhaltensänderungen beim Patienten nieder. Diese werden in englischer Sprache als „therapeutic realizations“, „change events“, „therapeutic events“, „session impacts“ oder „mini-outcomes“ bezeichnet. Die erwähnte Literaturanalyse von Grenavage und Norcross (1990) zeigt, dass die Mehrheit der in der Literatur beschriebenen allgemeinen Wirkfaktoren als Wirkprinzipien, die auf therapeutische Veränderungsschritte gerichtet sind, aufgefasst werden können.

■ Unbegründete Polarisierung

Der Wettstreit um die größere therapeutische Bedeutung spezifischer oder allgemeiner Wirkfaktoren unterstellt, dass diese getrennt voneinander betrachtet werden können. Eine solche Annahme verkennt, dass das Ergebnis von Psychotherapie das Resultat komplexer, miteinander dynamisch interagierender Prozesse ist. Das auf der Grundlage umfassender Analysen von Prozess-Ergebnis-Zusammenhängen entworfene allgemeine Modell der Psychotherapie („*Generic Model of Psychotherapy*“) von Orlinsky und Howard (Orlinsky & Howard, 1987; Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004) impliziert vielfältige und komplexe Beziehungen zwischen den einzelnen Aspekten und Ebenen des Therapieprozesses. Auch Techniken und allgemeine Wirkfaktoren sind Teil dieses komplexen Bedingungsgefüges. Während sich aber allgemeine Wirkfaktoren auf verschiedene Ebenen des Therapieprozesses beziehen können, ist das spezifische technische Vorgehen des Therapeuten nach dem allgemeinen Psychotherapiemodell nur auf der Handlungsebene des Therapieprozesses lokalisiert. Techniken und allgemeine Wirkfaktoren gehören somit unterschiedlichen Prozessebenen an. Die Vermischung verschiedener Prozessebenen ist problematisch: Besonders offensichtlich wird dies in der von Miller, Duncan und Hubble (2000) vorgeschlagenen Klassifikation allgemeiner Wirkfaktoren. Nach diesem Schema können allgemeine Wirkfaktoren neben Patientenmerkmalen, extratherapeutischen Faktoren, Beziehungsaspekten sowie Erwartungseffekten auch Modell- und Technikvariablen umfassen. Techniken werden dadurch zu einer Kategorie allgemeiner Wirkfaktoren und die babylonische Sprachverwirrung rund um das Konstrukt allgemeiner Wirkfaktoren damit komplett. Die Zuordnung allgemeiner Wirkfaktoren und Techniken zu verschiedenen Ebenen des Therapieprozesses impliziert dagegen, dass – entsprechend dem Postulat Karasus (1986) und wie in der Konzeption allgemeiner Wirkprinzipien von Goldfried (1980) sowie Castonguay und Beutler (2006) angelegt – verschiedene spezifische Techniken dieselben übergeordneten allgemeinen Wirkfaktoren anstoßen können. So ist es beispielsweise plausibel anzunehmen, dass verhaltenstherapeutische Exposition und psychodynamische Konfrontation letztlich denselben übergeordneten allgemeinen Wirkfaktor aktivieren können. Oder anders formuliert: Hinter der Wirkung verschiedener spezifischer Techniken kann sich dasselbe allgemeine Wirkprinzip verbergen (Lampropoulos, 2000).

Allgemeine Wirkfaktoren entfalten sich im Kontext der therapeutischen Interaktion und nicht aus einem Vakuum heraus. Die therapeutische Interaktion wiederum wird wesentlich vom spezifischen Veränderungs- und Therapiekonzept und den daraus abgeleiteten technischen Vorgehensweisen des Therapeuten geprägt. Seine Funktion als Mediator und Moderator therapeutischer Veränderung kann der Therapeut letztlich nur über sein technisches Vorgehen wahrnehmen. Man kann sich als Therapeut nicht „allgemein“ oder gar „unspezifisch“ verhalten. Die Realisierung allgemeiner Wirkfaktoren vollzieht sich in der Interaktion zwischen dem Patienten und dem Therapeuten über die Handlungen des Therapeuten und

die Reaktionen des Patienten darauf (Butler & Strupp, 1986; Goldfried & Da Vila, 2005). Techniken sind daher ein wichtiges Vehikel zur Mobilisierung allgemeiner Wirkfaktoren: „(...) common versus specific factors does not need to be couched as an either/or phenomenon. (...). The models are important because they are the vehicles through which the common factors do their work. Many models offer strategies that are (...) activating these common factors“ (Sprenkle & Blow, 2004, S. 126). So wird die Therapieallianz nach Bordin (1976) bestimmt durch die emotionale Bindung zwischen dem Patienten und dem Therapeuten („bond“), die therapeutischen Ziele („goals“) sowie die zur Zielerreichung erforderlichen Aufgaben („tasks“). In den letzten beiden Komponenten ist notwendigerweise eine gewisse Methoden- und Störungsspezifität enthalten (Strauß, 2001). Allgemeine Wirkfaktoren sind somit auf die Techniken des Therapeuten bezogen und können induktiv daraus abgeleitet werden (Karasu, 1986).

Umgekehrt ist das (spezifische) technische Vorgehen immer in den (allgemeinen) therapeutischen Beziehungskontext eingebettet: Der interpersonale Kontext ist ein Wesensmerkmal von Psychotherapie. Die Therapietechniken sind daher mit diesem untrennbar verbunden; sie sind integraler Bestandteil der interpersonalen Transaktionen zwischen der Person des Patienten und der Person des Therapeuten. Die Verhaltensweisen des Therapeuten werden vom Patienten in diesem Beziehungskontext aktiv interpretiert. Patienten reagieren nicht auf das technische Handeln des Therapeuten, sondern auf ihre Wahrnehmung dieser Handlungsweisen. Die Wirksamkeit einer Technik hängt deshalb von der Bedeutung ab, die sie im interpersonalen Kontext für den Patienten erlangt. „The complexity and subtlety of psychotherapeutic processes cannot be reduced to a set of disembodied techniques because techniques gain their meaning and, in turn, their effectiveness from the particular interaction of the individuals involved. (...) the significance of the procedure is not in the application of a disembodied technique but how the procedure becomes integrated into the ongoing interpersonal context of the particular dyad. In this sense, the procedures (techniques) and interpersonal factors are thoroughly intertwined and cannot be separated“ (Butler & Strupp, 1986, S. 33). Damit wird klar, dass Techniken und allgemeine Wirkfaktoren in ihrem Zusammenspiel mit den Beziehungs- und Störungsmerkmalen des Patienten therapeutische Veränderungen bewirken. Techniken und allgemeine Wirkfaktoren stehen sich daher nicht als feste Größen gegenüber. Sie hängen untrennbar zusammen und können nicht unabhängig voneinander umgesetzt werden. Gegen eine polarisierende Gegenüberstellung von Techniken und allgemeinen Wirkfaktoren spricht zudem die vorliegende Datenlage einer Vielzahl von Prozess-Ergebnis-Studien. Diese zeigt klar, dass sowohl allgemeine Wirkfaktoren als auch spezifische Techniken mit dem Therapieerfolg zusammenhängen. Orlinsky et al. (2004) haben diese Befunde in einer Übersicht zusammengestellt. Sie finden für eine Reihe allgemeiner Wirkfaktoren einen konsistenten positiven Zusammenhang mit dem Therapieergebnis: Die Übereinstimmung von Patienten und Therapeuten in Bezug auf die Aufgaben und Ziele der Therapie, beidseitige Klarheit über die Therapieerwartungen, positive Erwartungen in Bezug auf das Therapieergebnis auf-

seiten des Patienten, sein Engagement, seine Kooperation und Aufnahmebereitschaft sowie die Wertschätzung und Empathie des Therapeuten, seine kompetente Umsetzung des Behandlungskonzepts und damit verbundene Glaubwürdigkeit sind regelmäßig mit einem positiven Therapieergebnis assoziiert. Einzelne Studien weisen zudem auf einen Zusammenhang des Therapieerfolgs mit den allgemeinen Wirkfaktoren korrektive emotionale Erfahrung, kognitive Umstrukturierung, Klärung, Problembewältigung und Ressourcenaktivierung hin.

Kein Befund der Psychotherapieforschung ist jedoch so häufig bestätigt worden wie der Zusammenhang zwischen dem allgemeinen Wirkfaktor Therapiebeziehung und dem Ergebnis von Psychotherapie. Der positive Zusammenhang zwischen einer guten Therapiebeziehung und dem Therapieerfolg wird mittlerweile durch mehrere Metaanalysen bekräftigt (z. B. Horvath & Simmonds, 1991; Martin, Garske & Davis, 2000; Norcross, 2011). Er lässt sich sowohl für die Therapiebeziehung als Ganzes wie auch für einzelne Aspekte der Therapiebeziehung feststellen. In der umfassendsten Befundintegration, der Metaanalyse von Norcross (2011), findet sich ein signifikanter mittlerer Zusammenhang der Therapieallianz mit dem Therapieerfolg von $r = 0,28$. Besonders wichtig für ein positives Therapieergebnis sind nach dieser Metaanalyse auch Beziehungskomponenten wie Zielübereinstimmung (mit einer Korrelation von $r = 0,33$) oder die Empathie des Therapeuten ($r = 0,31$).

Aber auch für einzelne Techniken finden sich konsistent hohe korrelative Zusammenhänge mit dem Therapieergebnis. Zahlreiche Prozess-Ergebnis-Studien belegen beispielsweise einen Zusammenhang zwischen der Anwendung der Leerer-Stuhl-Technik, dem Einsatz von Expositions- und Imaginationsübungen sowie paradoxen Interventionen, der Deutung von Widerstand auf der einen und einem positiven Therapieergebnis auf der anderen Seite (Orlinsky et al., 2004, S. 341/342). Obschon korrelative Zusammenhänge nur einen indirekten Beleg für die therapeutische Relevanz von Techniken und allgemeinen Wirkfaktoren liefern und ihre kausale therapeutische Wirkung noch unter Beweis gestellt werden muss, skizzieren die Ergebnisse der Prozess-Ergebnis-Forschung in der Summe ein Bild therapeutischer Veränderung, bei dem sowohl Techniken als auch allgemeine Wirkfaktoren hervortreten. Sie untermauern damit die theoretisch begründete Annahme, dass bei der Analyse der Wirkungsweise von Psychotherapie das Zusammenspiel von Techniken und allgemeinen Wirkfaktoren betrachtet werden muss: „(...) the tendency to pit relationship factors against technical ones, or common factors against specific ones, or the dodo bird against „empirically supported treatments“, must be replaced by a more integrative and synergistic perspective. (...) the need to integrate patient, therapist, procedural, and relationship factors is the major priority for future research“ (Beutler et al., 2004, S. 292).

■ Das Taxonomie-Projekt

Eine empirische Annäherung an dieses Postulat versucht das Taxonomie-Projekt. Ausgehend von der Prämisse, dass Techniken und allgemeine Wirkfaktoren nicht getrennt voneinander

betrachtet werden können, zielt das Taxonomie-Projekt auf eine genauere Beschreibung allgemeiner Wirkfaktoren auf der Grundlage ihrer Zusammenhänge mit spezifischen Techniken. In einem ersten Schritt wurden in einer umfassenden Literaturauswertung alle beschriebenen allgemeinen Wirkfaktoren identifiziert. 22 von mehreren Autoren genannte allgemeine Wirkfaktoren wurden ausgewählt und definiert (siehe Tab. 1). Eine Beschreibung dieser 22 allgemeinen Wirkfaktoren findet sich bei Pfammatter und Tschacher (2012). Gleichzeitig wurden 22 möglichst repräsentative Standardtechniken der vier psychotherapeutischen Hauptrichtungen kognitive Verhaltenstherapie, tiefenpsychologische Psychotherapie, humanistische Psychotherapie (Gesprächs- und Gestalttherapie) und systemische Therapie ausgewählt (Tab. 1). Standardtechniken sind für eine Therapierichtung typische Techniken, die bei verschiedenen Störungen eingesetzt werden.

Mit den ausgewählten allgemeinen Wirkfaktoren und Techniken wurde ein Fragebogen konstruiert, in dem die allgemeinen Wirkfaktoren und Techniken zueinander in Beziehung gesetzt werden können: Dabei wird gefragt, wie stark ein allgemeiner Wirkfaktor durch die verschiedenen Techniken implementiert wird. Die Antwortskala besteht aus fünf Stufen: „nicht“, „wenig“, „mäßig“, „deutlich“ und „stark“ (mit den Werten -2, -1, 0, 1, 2). Im Rahmen einer internetbasierten Erhebung wurden 140 deutschsprachige Psychotherapieexperten angefragt. 68 davon nahmen an der Umfrage teil. Die Untersuchungsteilnehmer waren durchschnittlich 50 Jahre alt und seit 18 Jahren im Feld tätig. 79% der Teilnehmer waren Psychologen, 13% Psychiater, 6% hatten eine psychologische und psychiatrische Ausbildung absolviert, 2% hatten einen anderen beruflichen Hintergrund. 42% arbeiteten überwiegend verhaltenstherapeutisch, 28% tiefenpsychologisch, 6% systemisch, 3% gesprächspsychotherapeutisch und 21% eklektisch.

Die Zusammenhänge zwischen Techniken und allgemeinen Wirkfaktoren wurden mit Hilfe von hierarchischen Regressionsanalysen untersucht. Die mit den allgemeinen Wirkfaktoren jeweils signifikant positiv oder negativ zusammenhängenden Techniken sind in Tabelle 2 aufgeführt. Die Tabelle zeigt für jede Technik die t-Werte des Einstichproben-t-Tests, anhand dessen die Abweichung der mittleren Zusammenhangsratings vom Nullwert auf ihre statistische Signifikanz überprüft wurde. Es zeigt sich, dass nach Einschätzung der angefragten Psychotherapieexperten die verschiedenen allgemeinen Wirkfaktoren jeweils mit unterschiedlichen Gruppen von Techniken assoziiert sind. So hängt der allgemeine Wirkfaktor Klärung signifikant positiv mit der Durchführung von Realitätstests, der Deutung von Übertragungen und Widerstand beim Patienten, der Verbalisierung von Erlebnisinhalten sowie der Technik des Fokussierens zusammen. Diese Techniken begünstigen also nach Auffassung der Rater die Umsetzung des allgemeinen Wirkfaktors Klärung. Die Techniken progressive Muskelentspannung, therapeutische Abstinenz, das Biofeedbacktraining und Hypnoseverfahren stehen dagegen nach dem Urteil der Rater in einem signifikant negativen Zusammenhang mit dem allgemeinen Wirkfaktor Klärung. Dies bedeutet, dass diese Techniken nach Meinung der Rater einer Klärung entgegenwirken.

Tabelle 1: Ausgewählte allgemeine Wirkfaktoren und Standardtechniken

Allgemeine Wirkfaktoren	Standardtechniken
<ul style="list-style-type: none"> • Therapiebeziehung • Abschwächung sozialer Entfremdung • Erklärungssystem • Besserungserwartung • Veränderungsbereitschaft • Aktive Patiententeilnahme • Ressourcenaktivierung • Affektives Erleben • Freisetzung unterdrückter Emotionen (Katharsis) • Problemaktualisierung • Desensibilisierung • Korrektive emotionale Erfahrung • Achtsamkeit • Affektregulation • Klärung • Problemassimilation • Kognitive Umstrukturierung • Mentalisierung • Verhaltensregulation • Bewältigungserfahrung • Selbstwirksamkeitserwartung • Neue Selbstnarration 	<ul style="list-style-type: none"> • Positive Verstärkung • Reizkonfrontation und Reaktionsverhinderung • Rollenspiel • Problemlösetraining • Realitätstest • Freies Assoziieren • Therapeutische Abstinenz • Übertragungsdeutung • Widerstandsdeutung • Verbalisieren von Erlebnisinhalten • Fokussieren • Leerer-Stuhl-Technik • Kreativer Ausdruck • Zirkuläres Fragen • Skulptur- und Aufstellungsarbeit • Paradoxe Intention • Verschreiben von Ritualen • Reflektierendes Team • Progressive Muskelentspannung • Hypnose • Biofeedbacktraining • Beratung

Die Zusammenhänge zeigen im Weiteren, dass verschiedene allgemeine Wirkfaktoren mit ähnlichen Gruppen von Techniken assoziiert sein können. Die allgemeinen Wirkfaktoren affektives Erleben und Problemaktualisierung beispielsweise hängen beide positiv mit der Expositionstechnik, der Rollenspielspieltechnik, der Technik des Fokussierens sowie der Leerer-Stuhl-Technik zusammen; bei beiden findet sich zudem ein negativer Zusammenhang mit der Technik der progressiven Muskelentspannung, dem Biofeedbacktraining und der Technik der therapeutischen Abstinenz. Dies impliziert, dass diese beiden allgemeinen Wirkfaktoren aufgrund ihres ähnlichen Musters von Zusammenhängen mit spezifischen Techniken zusammengefasst werden können.

Betrachtet man außerdem die Häufigkeiten, mit denen die einzelnen Techniken mit allgemeinen Wirkfaktoren positiv oder negativ zusammenhängen (Abb. 1), wird deutlich, dass einzelne Techniken besonders häufig positiv, andere dagegen oft negativ mit allgemeinen Wirkfaktoren assoziiert sind. Die Expositionstechnik, die Rollenspielspieltechnik, das Problemlösetraining, die Durchführung von Realitätstests, die Verbalisierung von Erlebnisinhalten, die Technik des Fokussierens und die Leerer-Stuhl-Technik stehen mit vielen allgemeinen Wirkfaktoren in einem positiven Zusammenhang. Die Techniken progressive Muskelentspannung, Biofeedbacktraining, reflektierendes

Tabelle 2: Zusammenhänge zwischen allgemeinen Wirkfaktoren und Techniken

Allgemeine Wirkfaktoren						
Therapiebeziehung	Abschwächung sozialer Entfremdung	Besserungserwartung	Erklärungssystem	Veränderungsbereitschaft	Aktive Patiententeilnahme	Ressourcenaktivierung
<ul style="list-style-type: none"> Verbalisieren von Erlebnisinhalten (t=7,19*****)¹ Positive Verstärkung (t=6,4****) Fokussieren (t=5,62*****) 	<ul style="list-style-type: none"> Positive Verstärkung (t=6,07*****) Rollenspiel (t=5,09*****) Problemlösestraining (t=3,31****) Verbalisierung von Erlebnisinhalten (t=3,09****) Zirkuläres Fragen (t=2,89**) Fokussieren (t=2,46*) 	<ul style="list-style-type: none"> Problemlösestraining (t=7,51*****) Positive Verstärkung (t=7,10*****) Realitätstest (t=4,4****) Exposition und Reaktionsverhinderung (t=3,48****) Rollenspiel (t=3,32****) 	<ul style="list-style-type: none"> Realitätstests (t=5,13*****) Verbalisieren von Erlebnisinhalten (t=3,84****) Fokussieren (t=3,35****) Übertragungsdeutung (t=2,65**) Widerstandsdeutung (t=2,58**) Leerer-Stuhl-Technik (t=2,36*) Reflektierendes Team (t=2,34*) Zirkuläres Fragen (t=2,12*) 	<ul style="list-style-type: none"> Problemlösestraining (t=6,57*****) Positive Verstärkung (t=6,53*****) Rollenspiel (t=5,29****) Realitätstest (t=5,52****) Exposition und Reaktionsverhinderung (t=2,72**) 	<ul style="list-style-type: none"> Rollenspiel (t=5,82*****) Positive Verstärkung (t=4,28*****) Leerer-Stuhl-Technik (t=4,23*****) Problemlösestraining (t=4,17*****) Exposition und Reaktionsverhinderung (t=3,8*****) Skulptur- und Aufstellungsarbeit (t=3,63*****) Kreativer Ausdruck (t=3,62*****) Realitätstest (t=3,51*****) 	<ul style="list-style-type: none"> Positive Verstärkung (t=7,66*****) Problemlösestraining (t=6,33*****) Kreativer Ausdruck (t=5,6*****) Rollenspiel (t=4,17*****) Verbalisieren von Erlebnisinhalten (t=2,92**)
Signifikant positiv zusammenhängende Techniken						
<ul style="list-style-type: none"> Biofeedbackstraining (t=6,35*****) Reflektierendes Team (t=4,51*****) Progressive Muskelspannung (t=3,4****) Widerstandsdeutung (t=2,2*) Skulptur- und Aufstellungsarbeit (t=2,2*) 	<ul style="list-style-type: none"> Biofeedbackstraining (t=6,43*****) Progressive Muskelspannung (t=6,09*****) Therapeutische Abstinenz (t=4,43*****) Freies Assoziieren (t=4,25*****) Widerstandsdeutung (t=2,2*) 	<ul style="list-style-type: none"> Freies Assoziieren (t=5,12*****) Therapeutische Abstinenz (t=5,07*****) Widerstandsdeutung (t=3,49*****) Skulptur- und Aufstellungsarbeit (t=3,07*****) Progressive Muskelspannung (t=2,59**) Zirkuläres Fragen (t=2,38*) 	<ul style="list-style-type: none"> Progressive Muskelspannung (t=6,22*****) Therapeutische Abstinenz (t=5,38*****) Hypnose (t=3,99*****) Biofeedbackstraining (t=3,44*****) Freies Assoziieren (t=2,93**) Verschreiben von Ritualen (t=2,67**) 	<ul style="list-style-type: none"> Freies Assoziieren (t=5,04*****) Progressive Muskelspannung (t=4,47*****) Therapeutische Abstinenz (t=4,04*****) Widerstandsdeutung (t=3,15**) Biofeedbackstraining (t=3,08**) Übertragungsdeutung (t=2,75**) Hypnose (t=2,15*) 	<ul style="list-style-type: none"> Widerstandsdeutung (t=5,94*****) Übertragungsdeutung (t=5,72*****) Therapeutische Abstinenz (t=5,62*****) Reflektierendes Team (t=4,42*****) Hypnose (t=3,75****) Paradoxe Intention (t=3,32****) Biofeedbackstraining (t=3,00**) Progressive Muskelspannung (t=2,19*) 	<ul style="list-style-type: none"> Widerstandsdeutung (t=5,85*****) Übertragungsdeutung (t=5,59*****) Therapeutische Abstinenz (t=4,6*****) Freies Assoziieren (t=3,97*****) Progressive Muskelspannung (t=2,05*) Reflektierendes Team (t=2,05*)
Signifikant negativ zusammenhängende Techniken						

¹Einstichproben-t-Test der mittleren Ratings für den Grad des Zusammenhangs (Signifikanzprüfung der Abweichung vom Nullwert); *p < .05; **p < .01; ***p < .001; ****p < .0001

Tabelle 2: Zusammenhänge zwischen allgemeinen Wirkfaktoren und Techniken (Fortsetzung)

Allgemeine Wirkfaktoren						
Problem-aktualisierung	Affektives Erleben	Freisetzung unterdrückter Emotionen (Katharsis)	Desensibilisierung	Korrektive emotionale Erfahrung	Emotionsregulation	Achtsamkeit
Signifikant positiv zusammenhängende Techniken						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposition und Reaktionsverhinderung (t=6.65****) ▪ Rollenspiel (t=6.42****) ▪ Leerer-Stuhl-Technik (t=5.17****) ▪ Fokussieren (t=5.19****) ▪ Verbalisieren von Erlebnisinhalten (t=5.97****) ▪ Rollenspiel (t=5.77****) ▪ Exposition und Reaktionsverhinderung (t=4.98****) ▪ Kreativer Ausdruck (t=2.76**) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fokussieren (t=6.95****) ▪ Leerer-Stuhl-Technik (t=6.21****) ▪ Verbalisieren von Erlebnisinhalten (t=5.97****) ▪ Rollenspiel (t=5.77****) ▪ Exposition und Reaktionsverhinderung (t=4.98****) ▪ Kreativer Ausdruck (t=2.76**) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Leerer-Stuhl-Technik (t=7.38****) ▪ Fokussieren (t=7.04****) ▪ Verbalisieren von Erlebnisinhalten (t=6.07****) ▪ Kreativer Ausdruck (t=5.24****) ▪ Rollenspiel (t=4.72****) ▪ Exposition und Reaktionsverhinderung (t=4.48****) ▪ Skulptur- und Aufstellungsarbeit (t=2.37****) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposition und Reaktionsverhinderung (t=10.21****) ▪ Rollenspiel (t=5.38****) ▪ Problemlösestraining (t=3.54****) ▪ Hypnose (t=3.48****) ▪ Leerer-Stuhl-Technik (t=3.12**) ▪ Realitätstests (t=2.71**) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposition und Reaktionsverhinderung (t=5.67****) ▪ Rollenspiel (t=5.38****) ▪ Positive Verstärkung (t=3.98****) ▪ Leerer-Stuhl-Technik (t=3.55****) ▪ Verbalisieren von Erlebnisinhalten (t=3.23**) ▪ Fokussieren (t=2.27**) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposition und Reaktionsverhinderung (t=5.88****) ▪ Rollenspiel (t=5.54****) ▪ Verbalisieren von Erlebnisinhalten (t=5.28****) ▪ Fokussieren (t=4.77****) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fokussieren (t=4.82****) ▪ Verbalisieren von Erlebnisinhalten (t=4.46****) ▪ Freies Assoziieren (t=3.35****) ▪ Progressive Muskelentspannung (t=2.99**) ▪ Hypnose (t=2.77**) ▪ Biofeedbacktraining (t=2.09*)
Signifikant negativ zusammenhängende Techniken						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Progressive Muskelentspannung (t=7.6****) ▪ Biofeedbacktraining (t=7.02****) ▪ Therapeutische Abstinenz (t=5.36****) ▪ Positive Verstärkung (t=3.6****) ▪ Freies Assoziieren (t=2.11*) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Progressive Muskelentspannung (t=8.25****) ▪ Biofeedbacktraining (t=7.78****) ▪ Therapeutische Abstinenz (t=6.36****) ▪ Reflektierendes Team (t=5.72****) ▪ Verschieben von Ritualen (t=4.40****) ▪ Paradoxe Intention (t=2.93**) ▪ Problemlösestraining (t=2.77**) ▪ Zirkuläres Fragen (t=2.72**) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Progressive Muskelentspannung (t=6.05****) ▪ Biofeedbacktraining (t=5.19****) ▪ Problemlösestraining (t=4.22****) ▪ Realitätstest (t=3.75****) ▪ Positive Verstärkung (t=3.51****) ▪ Reflektierendes Team (t=3.18****) ▪ Zirkuläres Fragen (t=2.36*) ▪ Verschieben von Ritualen (t=2.22*) ▪ Übertragungsdeutung (t=2.17*) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapeutische Abstinenz (t=4.68****) ▪ Freies Assoziieren (t=4.36****) ▪ Zirkuläres Fragen (t=3.68****) ▪ Widerstandsdeutung (t=3.62****) ▪ Reflektierendes Team (t=3.24**) ▪ Übertragungsdeutung (t=3.2**) ▪ Kreativer Ausdruck (t=2.32*) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Progressive Muskelentspannung (t=3.68****) ▪ Biofeedbacktraining (t=3.44****) ▪ Therapeutische Abstinenz (t=3.23**) ▪ Freies Assoziieren (t=3.14**) ▪ Zirkuläres Fragen (t=2.99**) ▪ Widerstandsdeutung (t=2.68**) ▪ Reflektierendes Team (t=2.4*) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapeutische Abstinenz (t=4.46****) ▪ Übertragungsdeutung (t=3.24**) ▪ Widerstandsdeutung (t=3.19**) ▪ Freies Assoziieren (t=3.05**) ▪ Reflektierendes Team (t=2.99**) ▪ Zirkuläres Fragen (t=2.90**) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verschieben von Ritualen (t=3.11**) ▪ Übertragungsdeutung (t=2.8**) ▪ Widerstandsdeutung (t=2.63**) ▪ Problemlösestraining (t=2.39*) ▪ Paradoxe Intention (t=2.33*)

*Einschleichen-t-Test der mittleren Ratings für den Grad des Zusammenhangs (Signifikanzprüfung der Abweichung vom Nullwert); *p < .05; **p < .01; ***p < .001; ****p < .0001

Tabelle 2: Zusammenhänge zwischen allgemeinen Wirkfaktoren und Techniken (Fortsetzung)

Allgemeine Wirkfaktoren							
Problemassimilation	Klärung	Kognitive Umstrukturierung	Mentalisierung	Neue Selbstnarration	Verhaltensregulation	Bewältigungserfahrung	
<ul style="list-style-type: none"> Verbalisieren von Ergebnisinhalten (t=4,08***) Realitätstest (t=3,33***) Fokussieren (t=3,11**) Skulptur- und Aufstellungsarbeit (t=2,07*) 	<ul style="list-style-type: none"> Realitätstest (t=5,23****) Übertragungsdeutung (t=4,03****) Verbalisieren von Ergebnisinhalten (t=3,83****) Widerstandsdeutung (t=3,63****) Fokussieren (t=3,44****) Leerer-Stuhl-Technik (t=2,9**) Reflektierendes Team (t=2,46*) Rollenspiel (t=2,09*) 	<ul style="list-style-type: none"> Realitätstest (t=5,61****) Problemlösetraining (t=4,68****) Exposition und Reaktionsverhinderung (t=3,54****) Paradoxe Intention (t=3,24****) Rollenspiel (t=2,51*) Übertragungsdeutung (t=2,26*) Widerstandsdeutung (t=2,06*) Fokussieren (t=2,01*) Leerer-Stuhl-Technik (t=2*) 	<p>Signifikant positiv zusammenhängende Techniken</p> <ul style="list-style-type: none"> Rollenspiel (t=6,26****) Zirkuläres Fragen (t=5,13****) Leerer-Stuhl-Technik (t=4,92****) Realitätstest (t=4,65****) Verbalisieren von Ergebnisinhalten (t=4,24****) Fokussieren (t=2,61**) Reflektierendes Team (t=2,51*) Skulptur- und Aufstellungsarbeit (t=2,35*) Übertragungsdeutung (t=2,31*) Widerstandsdeutung (t=2,08*) 	<ul style="list-style-type: none"> Verbalisieren von Ergebnisinhalten (t=4,88****) Rollenspiel (t=3,08**) Realitätstest (t=2,75**) Skulptur- und Aufstellungsarbeit (t=2,54*) Übertragungsdeutung (t=2,41*) Leerer-Stuhl-Technik (t=2,15*) Fokussieren (t=2,03*) 	<ul style="list-style-type: none"> Problemlösetraining (t=7,82****) Rollenspiel (t=7,58****) Positive Verstärkung (t=6,2****) Exposition und Reaktionsverhinderung (t=5,85****) Realitätstests (t=2,48*) 	<ul style="list-style-type: none"> Exposition- und Reaktionsverhinderung (t=3,44****) Problemlösetraining (t=2,62**) Rollenspiel (t=2,53*) Positive Verstärkung (t=2,05*) 	<ul style="list-style-type: none"> Problemlösetraining (t=6,19****) Rollenspiel (t=5,97****) Exposition und Reaktionsverhinderung (t=5,84****) Positive Verstärkung (t=5,77****) Realitätstest (t=4,69****) Leerer-Stuhl-Technik (t=2,15*)
<ul style="list-style-type: none"> Progressive Muskelentspannung (t=6,84****) Biofeedbacktraining (t=5,32****) Therapeutische Abstinenz (t=3,72****) Hypnose (t=2,11*) 	<ul style="list-style-type: none"> Progressive Muskelentspannung (t=7,52****) Biofeedbacktraining (t=6,83****) Therapeutische Abstinenz (t=4,7****) Hypnose (t=3,62****) Positive Verstärkung (t=2,31*) Verschreiben von Ritualen (t=2,27*) Exposition und Reaktionsverhinderung (t=2,22*) 	<ul style="list-style-type: none"> Progressive Muskelentspannung (t=6,93****) Biofeedbacktraining (t=6,51****) Therapeutische Abstinenz (t=5,44****) Freies Assoziieren (t=4,18****) Kreativer Ausdruck (t=4****) Hypnose (t=2,97**) 	<p>Signifikant negativ zusammenhängende Techniken</p> <ul style="list-style-type: none"> Progressive Muskelentspannung (t=7,19****) Biofeedbacktraining (t=6,64****) Therapeutische Abstinenz (t=4,15****) Hypnose (t=3,83****) Exposition und Reaktionsverhinderung (t=3,45****) Verschreiben von Ritualen (t=3,38****) Kreativer Ausdruck (t=2,97**) 	<ul style="list-style-type: none"> Progressive Muskelentspannung (t=6,51****) Biofeedbacktraining (t=6,01****) Therapeutische Abstinenz (t=3,27**) Verschreiben von Ritualen (t=2,85**) 	<ul style="list-style-type: none"> Freies Assoziieren (t=6,09****) Therapeutische Abstinenz (t=5,8****) Zirkuläres Fragen (t=4,26****) Skulptur- und Aufstellungsarbeit (t=4,11****) Übertragungsdeutung (t=3,6****) Widerstandsdeutung (t=3,5****) Kreativer Ausdruck (t=3,36****) Reflektierendes Team (t=3,34****) 	<ul style="list-style-type: none"> Freies Assoziieren (t=2,39*) 	<ul style="list-style-type: none"> Therapeutische Abstinenz (t=5,07****) Freies Assoziieren (t=4,91****) Reflektierendes Team (t=3,78****) Übertragungsdeutung (t=3,35****) Widerstandsdeutung (t=3,24**) Zirkuläres Fragen (t=3,13**)

*Ein Stichproben-t-Test der mittleren Ratings für den Grad des Zusammenhangs (Signifikanzprüfung der Abweichung von Nullwert); *p < .05; **p < .01; ***p < .001; ****p < .0001

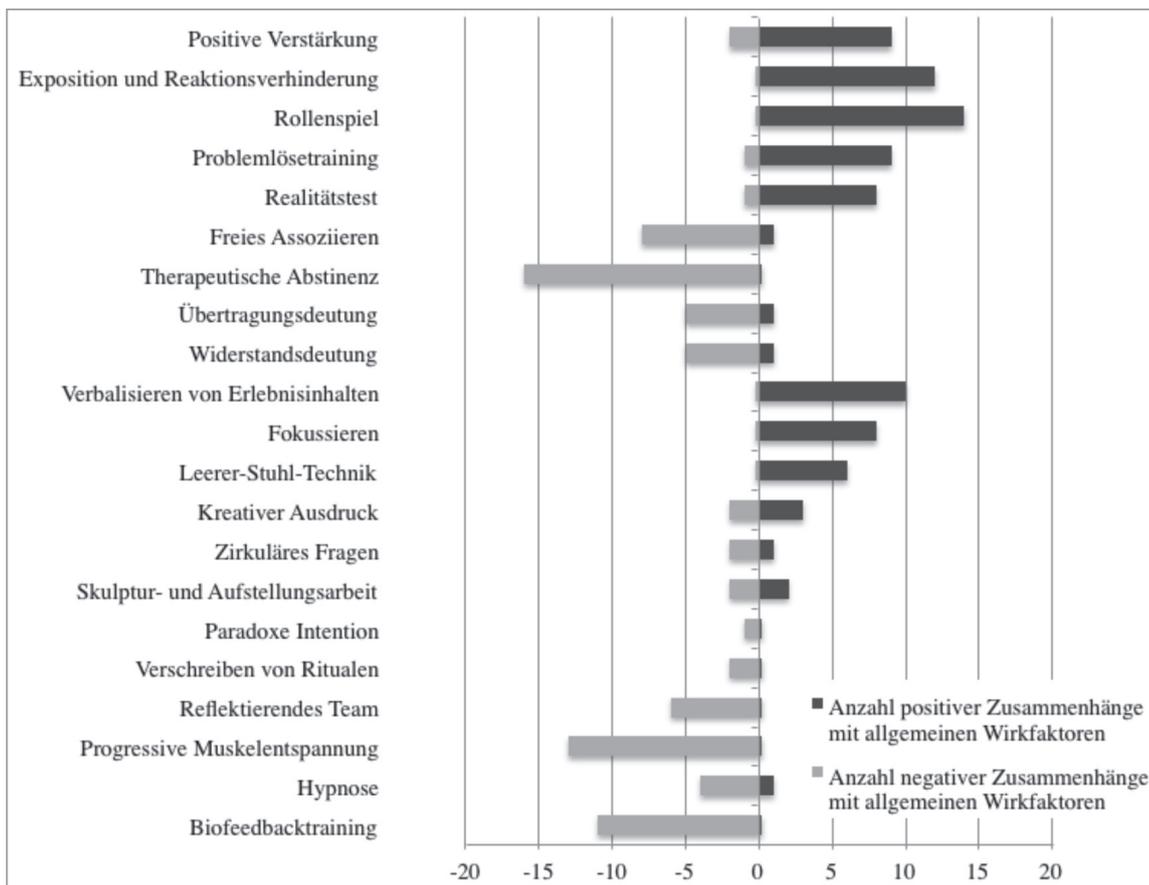
Team, freie Assoziation, therapeutische Abstinenz, aber auch Übertragungs- und Widerstandsdeutungen hängen nach Einschätzung der Rater häufig negativ mit allgemeinen Wirkfaktoren zusammen.

Fazit

Während heute klar ist, dass Psychotherapie bei einem breiten Spektrum von psychischen Störungen hoch wirksam ist, besteht weiterhin Unklarheit darüber, was Psychotherapie wirksam macht: Diese Frage ist bis heute Gegenstand einer nun schon jahrzehntelangen Kontroverse über die relative Bedeutung spezifischer Techniken und allgemeiner Wirkfaktoren. Diese Debatte ist ein Abbild der heterogenen Befunde der vergleichenden Psychotherapieforschung: Während sich aus einer allgemeinen Perspektive sowie bei einzelnen Störungen nur geringe Wirksamkeitsunterschiede zwischen verschiedenen Psychotherapieansätzen ergeben, finden sich bei anderen Störungen und noch deutlicher unter Berücksichtigung interaktioneller Patientenmerkmale empirische Belege für die Relevanz einer Passung mit der Therapiemethode. Die einerseits geringen Wirksamkeitsunterschiede sind Indiz für die therapeutische Bedeutung allgemeiner Wirkfaktoren, die Interaktionen zwischen Störungs-, Patientenvariablen und Therapiemethode Hinweis auf die Wichtigkeit spezifischer Techniken. Das Konstrukt allgemeiner Wirkfaktoren ist jedoch mit sprachlichen Unklarheiten verbunden und die Entweder-

oder-Dichotomie zwischen Techniken und allgemeinen Wirkfaktoren weder konzeptionell noch empirisch begründet. Die Frage, was wirklich therapeutisch ist an Psychotherapie, rückt jedoch zunehmend in den Mittelpunkt des Interesses. Der heutige Trend in Richtung evidenzbasierter störungsspezifischer Psychotherapiemanuale stößt an Grenzen: Die Entwicklung spezifischer Therapiemanuale für alle Gruppen von Patienten mit bestimmten Kombinationen von Störungs- und Interaktionsmerkmalen ist aufgrund der Vielzahl kombinatorischer Möglichkeiten nicht zu realisieren. Die zentrale Frage nach der Wirkungsweise von Psychotherapie beinhaltet zwei Teilfragen – die Frage nach den Veränderungsprozessen, die in einer Psychotherapie stattfinden, sowie die Frage, wie diese Veränderungen durch Psychotherapie angestoßen werden. Letzteres hat Kiesler (1966) als den entscheidenden „missing link“ der Psychotherapieforschung bezeichnet. Erst die Antwort auf die um dieses Wie erweiterte Frage der differenziellen Psychotherapieforschung – die Frage also, was durch wen bei wem unter welchen Umständen wie wirkt – bietet die Grundlage für ein gezieltes, d.h. evidenzbasiertes, aber gleichzeitig differenziert auf die Probleme und Eigenheiten des einzelnen Patienten zugeschnittenes psychotherapeutisches Vorgehen. Der Wirkfaktorenansatz birgt viel Potenzial zur Klärung dieser Frage. Dieses Potenzial lässt sich gegenwärtig aber nicht ausschöpfen. Mit dem Wirkfaktorenmodell sind erhebliche Probleme verknüpft: Allgemeine Wirkfaktoren sind zu wenig klar definiert; in der Diskussion allgemeiner Wirkfaktoren werden verschiedene Ebenen des Therapieprozesses miteinander

Abbildung 1: Anzahl signifikant positiver und negativer Zusammenhänge der einzelnen Techniken mit allgemeinen Wirkfaktoren



vermischt, und es fehlt die Anbindung allgemeiner Wirkfaktoren an evidenzbasierte Störungs- und Behandlungsmodelle. Letzteres steht im Widerspruch zu den gängigen Modellvorstellungen allgemeiner Wirkfaktoren; diese sind eben gerade nicht explizit in einem Therapiemodell verankert oder allein bei einer bestimmten Form von psychischer Störung wirksam. Die Integration der Befunde zu Wirkprinzipien (Castonguay & Beutler, 2006) sowie die Ergebnisse des Taxonomie-Projekts zeigen aber, dass die Umsetzung und Wirkung allgemeiner Wirkfaktoren sehr wohl von der spezifischen Therapietechnik und dem spezifischen Störungsbild abhängen. Die Frage, unter welchen Bedingungen die verschiedenen allgemeinen Wirkfaktoren jeweils wie wirksam werden, ist deshalb von zentraler Bedeutung. Die Untersuchung dieser Frage erfordert aber eine Klärung der terminologischen und konzeptuellen Schwierigkeiten. Dringender Klärungsbedarf besteht beispielsweise hinsichtlich der Therapievariablen, die als allgemeine Wirkfaktoren aufgefasst werden können.

Einen Klärungsansatz bietet die Untersuchung der Zusammenhänge zwischen spezifischen Techniken und allgemeinen Wirkfaktoren. Die Ergebnisse des Taxonomie-Projekts liefern hierfür erste Anhaltspunkte. Diese bestätigen, dass sich die verschiedenen allgemeinen Wirkfaktoren aufgrund ihrer differenziellen Zusammenhangsmuster mit spezifischen Techniken genauer beschreiben und zum Teil zusammenfassen lassen. Das Taxonomie-Projekt untermauert und differenziert damit einerseits die theoretischen Spekulationen Karasus (1986) über mögliche Zusammenhänge zwischen einzelnen Techniken und allgemeinen Wirkfaktoren. Zum andern ergänzt es die Ergebnisse zu Zusammenhängen zwischen spezifischen Techniken und der Therapieallianz, die Ackerman und Hilsenroth (2003) auf der Grundlage einer Zusammenfassung von Einzelbefunden berichten. Die mit dem Taxonomie-Projekt erreichte konzeptionelle Annäherung muss aber im nächsten Schritt zum einen durch die Analyse von Therapieverlaufsprozessen validiert und zum anderen um die Analyse von Interaktionen der Technik-Wirkfaktoren-Zusammenhänge mit Störungsmerkmalen, anderen Patientencharakteristika sowie Ergebnisvariablen erweitert werden.

■ Literatur

- Ackerman, S.J. & Hilsenroth, M.J. (2003). Review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1-33.
- Alexander, F. (1961). *The Scope of Psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Beutler, L.E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T.M., Talebi, H., Noble, S. & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed., pp. 227-306). New York: Wiley.
- Bordin, E.S. (1976). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy*, 16, 252-260.
- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M. & Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 6, 17-31.
- Butler, S.F. & Strupp, H.H. (1986). Specific and nonspecific factors in psychotherapy: A problematic paradigm for psychotherapy research. *Psychotherapy*, 23, 30-40.
- Carroll, L. (1865). *Alice's Adventures in Wonderland*. London: Macmillan and Co.
- Caspar, F., Herpertz, S.C. & Mundt, C. (2008). Was ist Psychotherapie? In S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie* (S. 33-54). München: Urban & Fischer.
- Castonguay, L.G. (2011). Psychotherapy, psychopathology, research and practice: Pathways of connections and integration. *Psychotherapy Research*, 21, 125-140.
- Castonguay, L.G. & Grosse Holtforth, M. (2005). Change in psychotherapy: A plea for no more „nonspecific“ and false dichotomies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 198-201.
- Castonguay, L.G. & Beutler, L.E. (2006). Principles of therapeutic change: A task force on participants, relationships, and techniques factors. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 631-638.
- Chambless, D.L. & Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *The Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Cornsweet, C. (1983). Nonspecific factors and theoretical choice. *Psychotherapy*, 20, 307-313.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G. & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 909-922.
- DeRubeis, R.J., Brotman, M.A. & Gibbons, C.J. (2005). Conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 174-183.
- Frank, J.D. (1971). Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 25, 350-361.
- Garfield, S.L. (1995). *Psychotherapy: An Eclectic-integrative Approach* (2nd ed.). Oxford: John Wiley & Sons.
- Gelso, C.J. & Carter, J. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 296-306.
- Goldfried, M.R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *The American Psychologist*, 35, 991-999.
- Goldfried, M.R. & Da Vila, J. (2005). The role of relationship and technique in therapeutic change. *Psychotherapy*, 42, 421-430.
- Grawe, K. (1995). *Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie*. *Psychotherapeut*, 40, 130-145.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Grencavage, L.M. & Norcross, J.C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology Research and Practice*, 21, 372-378.
- Grissom, R.J. (1996). The magical number .7 + .2: Meta-meta-analysis of the probability of superior outcome in comparisons involving therapy, placebo, and control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 973-982.
- Hartman, D. & Zimberoff, D. (2004). Corrective emotional experience in the therapeutic process. *Journal of Heart-Centered Therapies*, 7, 3-84.
- Horvath, A.O. & Simmonds, B.D. (1991). Relationship between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.

- Horvath, A.O., Del Re, A.C., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 9-16.
- Jorgensen, C.R. (2004). Active ingredients in individual psychotherapy. Searching for common factors. *Psychoanalytic Psychology*, 21, 516-540.
- Karasu, T.B. (1986). The specificity versus nonspecificity dilemma: Toward identifying therapeutic change agents. *American Journal of Psychiatry*, 143, 687-695.
- Kiesler, D. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65, 110-136.
- Korchin, S.J. (1976). *Modern Clinical Psychology: Principles of Intervention in the Clinic and Community*. Oxford: Basic Books.
- Lambert, M.J. (2011). *Psychotherapy Research and Its Achievements*. In J.C. Norcross, G.R. Vandenbos & D.K. Freedheim (Eds.), *History of Psychotherapy. Continuity and Change* (2nd ed., pp. 299-332). Washington: American Psychological Association.
- Lambert, M.J. & Ogles, B.M. (2004). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed., pp. 139-193). New York: Wiley.
- Lamprouopoulos, G.K. (2000). Definitional and research issues in the common factors approach to psychotherapy integration: Misconceptions, clarifications, and proposals. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, 415-438.
- Lipsey, M.W. & Wilson, D.B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *The American Psychologist*, 48, 1181-1209.
- Luborsky, L., Diguier, L., Seligman, D.A., Rosenthal, R., Krause, E.D., Johnson, S., Halperin, G., Bishop, M., Berman, J.S. & Schweizer, E. (1999). The researcher's own therapy allegiances: A „wild card“ in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 95-106.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T.P., Levitt, J.T., Seligman, D.A., Berman, J.S. & Krause, E.D. (2003). Are some psychotherapies much more effective than others? *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 5, 455-460.
- Martin, D.J., Garske, J.P. & Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- Miller, S.D., Duncan, B.L. & Hubble, M.A. (2000). *Jenseits von Babel. Wege zu einer gemeinsamen Sprache in der Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Nicholson, R.A. & Berman, J.S. (1983). Is follow-up necessary in evaluating psychotherapy? *Psychological Bulletin*, 93, 261-278.
- Norcross, J.C. (1995). Dispelling the Dodo Bird Verdict and the exclusivity myth in psychotherapy. *Psychotherapy*, 32, 500-504.
- Norcross, J.C. (2011). *Psychotherapy Relationships that work. Evidence-based Responsiveness* (2nd ed.). Oxford: University Press.
- Norcross, J.C. & Lambert, M.J. (2011). *Psychotherapy relationships that work II*. *Psychotherapy*, 48, 4-8.
- Omer, H. & London, P. (1989). Signal and noise in psychotherapy. The role and control of non-specific factors. *British Journal of Psychiatry*, 155, 239-245.
- Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6, 6-27.
- Orlinsky, D.E., Rønnestad, M.H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and Change. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed., pp. 307-389). New York: Wiley.
- Pfammatter, M. & Tschacher, W. (2012). Wirkfaktoren der Psychotherapie – eine Übersicht und Standortbestimmung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 1, 67-76.
- Prioleau, L., Murdock, M. & Brody, N. (1983). An analysis of psychotherapy versus placebo studies. *Behavioral and Brain Sciences*, 6, 275-310.
- Reisner, A.D. (2005). The common factors, empirically validated treatment, and recovery models of therapeutic change. *Psychological Record*, 55, 377-399.
- Rogers, C.R. (1951). *Client-centered psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Rounsaville, B.J. & Carroll, K.M. (2002). Commentary on Dodo Bird revisited: Why aren't we Dodos yet? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 17-20.
- Sprenkle, D.H. & Blow, A.J. (2004). Common factors and our sacred models. *The Journal of Marital & Family Therapy*, 30, 113-129.
- Strauß, B. (2001). Abschied vom Dodo-Vogel: Störungsspezifische versus allgemeine Therapie aus der Sicht der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 51, 425-429.
- Tracey, T.J.G., Lichtenberg, J.W., Goodyear, R.K., Claiborn, C.D. & Wampold, B.E. (2003). Concept Mapping of Therapeutic Common Factors. *Psychotherapy Research*, 13, 401-413.
- Wampold, B.E., Mondin, G.W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, „all must have prizes“. *Psychological Bulletin*, 122, 203-215.
- Wampold, B.E., Minami, T., Baskin, T.W. & Callen Tierney, S. (2002). A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus „other therapies“ for depression. *Journal of Affective Disorders*, 68, 159-165.
- Weinberger, J. (1995). Common factors aren't so common: The common factors dilemma. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 45-69.
- Wolitzky-Taylor, K.B., Horowitz, J.D., Powers, M.B. & Telch, M.J. (2008). Psychological approaches in the treatment of specific phobias: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 1021-1037.

■ Korrespondenzadresse

Dr. phil. Mario Pfammatter
Abteilung für Psychotherapie
Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie
Universität Bern | Laupenstrasse 49 | 3010 Bern | Schweiz
Telefon: ++41 31 387 61 62 | mario.pfammatter@spk.unibe.ch