

Integratives Vorgehen bei den Therapieschulen der Schweizer Charta für Psychotherapie

Aureliano Cramer, Margit Koemeda, Volker Tschuschke, Peter Schulthess & Agnes von Wyl

Psychotherapie-Wissenschaft 8 (2) 75–82 2018

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/8243.14>

Zusammenfassung: Verschiedene Forschungsergebnisse unterstützen die These, dass die Mehrheit der Therapeutinnen und Therapeuten eine integrative Praxis ausüben. Ausgehend von dieser Annahme wurden im vorliegenden Artikel, auf der Basis der Audioaufnahmen von Therapiesitzungen, Gemeinsamkeiten in der therapeutischen Haltung bzw. in der Anwendung von therapeutischen Techniken zwischen Therapeutinnen und Therapeuten aus verschiedenen Schulen analysiert. Als Grundlage für die Analyse wurden zwei Stichproben von 108 bzw. 162 Sitzungen aus Therapien aus der »Praxisstudie Ambulante Psychotherapie Schweiz« verwendet. Die Audioaufnahmen der Sitzungen wurden entweder mit dem Psychotherapie-Prozess Q-Set oder mit dem PAP-S-Rating-Manual analysiert. Beide Instrumente zeigten deutliche Ähnlichkeiten bezüglich Handlungen und Haltungen von Therapeutinnen und Therapeuten mit unterschiedlichen therapeutischen Orientierungen. Bezüglich der Art der verwendeten Interventionen, die in jeder Therapeut/innengruppe beobachtet wurden, zeigte sich, dass mit Abstand am häufigsten die emotionsbezogenen Interventionen verwendet wurden. An zweiter bzw. an dritter Stelle standen die verhaltensbezogenen bzw. die auf das Unbewusste gerichtete Interventionen. Auch besondere Techniken, wie die körperbezogenen oder kunst- und ausdrucksorientierten Interventionen, liessen sich in jeder Gruppe beobachten.

Schlüsselwörter: Psychotherapie-Integration, psychotherapeutische Techniken, Therapieausbildung, Psychotherapie-Prozess Q-Set, PAP-S-Rating-Manual

Einführung

In der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts nahm die Anzahl der Therapieverfahren exponentiell zu (siehe z. B. Wampold & Imel, 2015). Zusammen mit dieser Vermehrung weitete sich auch eine eklektische Praxis aus mit einer konsequenten Abnahme der Treue zu den klassischen therapeutischen Verfahren (vgl. Norcross & Prochaska, 1988). In einer von Smith (1982) durchgeführten Umfrage in den USA bezeichneten 41 Prozent der befragten Psychotherapeuten das eigene Vorgehen als eklektisch. Zwei Jahrzehnte später stellten Cook, Biyanova, Elhai, Schnurr und Coyne (2010) im Rahmen einer Online-Befragung fest, dass nur zwei Prozent der teilnehmenden nordamerikanischen Psychotherapeuten an einer einzigen Methode festhielten, die restlichen wählten mehr als eine therapeutische Richtung oder bezeichneten sich als eklektisch. Ähnliche Trends wurden auch in Europa beobachtet (z. B. Orlinsky et al., 1999; Suszek et al., 2017). Dieses Phänomen wird als Integration oder Multimodalität bezeichnet (vgl. hierzu Norcross, 2005; Smith, 1982). Ein Argument der Therapeuten zugunsten eines integrativen Vorgehens ist die Möglichkeit, von Situation zu Situation die bestmögliche Technik für den einzelnen Patienten auswählen zu können (Beutler & Clarkin, 2013).

Integration wird heutzutage als Leitmotiv in der Psychotherapie angesehen (Castonguay et al., 2015) und lässt sich auf verschiedenen Abstraktionsebenen definieren (Goldfried, 1980). Auf einer technischen Handlungsebene

spricht man von einer assimilativen Integration, wenn beispielsweise im Rahmen einer Verhaltenstherapie die Technik des Zwei-Stühle-Dialogs aus der Gestalttherapie oder in einer psychodynamischen Therapie körpertherapeutische Techniken implementiert werden (vgl. Lettner, 2007; Messer, 2001). Auf einer höheren Ebene postulieren viele Autoren die Existenz gemeinsamer Wirkprinzipien (»common factors«), die den unterschiedlichen Therapieverfahren zugrunde liegen (siehe z. B. Castonguay & Beutler, 2006; Frank & Frank, 1993; Pfammatter & Tschacher, 2015; Wampold & Imel, 2015). Dieses Postulat wird oft mit Ergebnissen von Metaanalysen untermauert, die auf eine Äquivalenz der Wirksamkeit unterschiedlicher Therapieverfahren hinweisen (siehe z. B. Wampold et al., 1997; Wampold et al., 2017).

Belege für eine Wirkungsäquivalenz wurden auch von der Praxisstudie Ambulante Psychotherapie Schweiz geliefert (PAP-S; siehe von Wyl et al., 2013; von Wyl et al., 2016). In dieser naturalistischen Studie wurden Prozess und Outcome bei Behandlungen aus zehn verschiedenen Therapieschulen der Schweizer Charta für Psychotherapie verglichen. Die Analyse von Audioaufnahmen von zufällig ausgewählten Sitzungen zeigte, dass nur ein relativ geringer Anteil der verwendeten Interventionen aus der spezifischen Therapieausbildung des jeweiligen Therapeuten stammten, während 50 Prozent bis 73 Prozent als allgemeine Interventionen einzustufen waren (vgl. Tschuschke et al., 2015; Koemeda-Lutz et al., 2016a; Koemeda-Lutz et al., 2016b).

Diese Ergebnisse unterstützen die These, dass die Mehrheit der Therapeuten und Therapeutinnen eine integrative Praxis anwenden. Ausgehend von dieser Annahme werden im vorliegenden Artikel, auf der Basis der Audioaufnahmen aus der PAP-S-Studie, Gemeinsamkeiten in der therapeutischen Haltung bzw. in der Anwendung von therapeutischen Techniken zwischen Therapeuten und Therapeutinnen aus verschiedenen Schulen analysiert.

Methode

Als Grundlage für die folgenden Auswertungen dienten die Ratings der Tonaufnahmen von Therapiesitzungen aus der PAP-S-Studie (von Wyl et al., 2013). In dieser naturalistischen Prozess-Outcome-Studie nahmen Therapeuten und Therapeutinnen aus verschiedenen Ausbildungsinstituten der Schweizer Charta für Psychotherapie teil, die in der eigenen Praxis tätig waren. Im Rahmen der Studie nahmen sie jede Therapiesitzung mit einem digitalen Audiorecorder auf. Nach Abschluss der Behandlung wurden die Tonaufnahmen von mindestens drei zufällig ausgewählten Sitzungen mit einem von zwei standardisierten Ratingsystemen inhaltsanalytisch ausgewertet. Das erste Ratingsystem war der Psychotherapie-Prozess *Q-Set* (Jones, 2000; deutsche Version von Albani et al., 2008). Der *Q-Set* umfasst 100 Items (siehe nachfolgend) zur Beschreibung und Klassifizierung des Prozesses innerhalb einer Sitzung in Bezug (1) auf die Haltung, das Verhalten oder das Erleben des Patienten, (2) auf Handlungen und Haltungen des Therapeuten und (3) auf die Interaktion zwischen beiden Akteuren bzw. die Atmosphäre der Sitzung.

Der *Q-Set* wurde von Ablon und Jones (1998, 2002) verwendet, um den prototypischen Prozess von psychodynamischen, kognitiv-behavioralen und interpersonellen Therapien zu ermitteln. Zu diesem Zweck wurden Experten aus den drei Therapierichtungen beauftragt, auf einer Skala von 1 (extrem uncharakteristisch) bis 9 (extrem charakteristisch) anzugeben, wie charakteristisch die einzelnen Aussagen des *Q-Sets* für eine methodentreu durchgeführte Sitzung ihrer vertretenen Therapiemethode waren. Ein typisches Item für die psychodynamische Therapie war zum Beispiel »Träume und Phantasien des Patienten werden besprochen«, während ein Item wie »Die Therapieziele des Patienten werden besprochen« als charakteristisch für den kognitiv-behavioralen Ansatz angegeben wurde. Eine Aussage wie »Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben« wurde hingegen als typisch für die interpersonelle Therapie gewertet.

Die inhaltsanalytische Auswertung der Tonaufnahmen aus der PAP-S-Studie mithilfe des *Q-Sets* wurde von zwei Studentinnen im Rahmen ihrer Diplomarbeit vorgenommen (Greuter, 2011; Veigel, 2010). Sie analysierten insgesamt 108 Sitzungen, durchgeführt von Therapeutinnen und Therapeuten mit einer absolvierten Ausbildung bei einem der folgenden zwei Institute: Institut für Integrative Körperpsychotherapie (Integrative Body Psychotherapy

[IBP], siehe Rosenberg et al., 1985) und Institut für Prozessarbeit (IPA; Prozessorientierten Psychotherapie, siehe Mindell, 1982). Die betreffenden Körperpsychotherapeutinnen und -therapeuten, drei Männer und drei Frauen, waren im Durchschnitt 50 Jahre alt und hatten im Durchschnitt fünf Jahre therapeutische Berufserfahrung. Im Vergleich dazu waren die prozessorientierten Therapeutinnen und Therapeuten, ebenfalls drei Männer und drei Frauen, etwas älter (M=53 Jahre) und verfügten über eine längere therapeutische Erfahrung (M=11 Jahre).

Das zweite Ratingsystem zur Analyse des therapeutischen Handelns war das *PAP-S-Rating-Manual* (PAP-S-RM; Tschuschke et al., 2014), das im Kontext der Studie dazu konzipiert wurde, 100 verschiedene allgemeine und schulenspezifische psychotherapeutische Interventionen zu identifizieren. Im Rahmen einer ersten Auswertung von Tschuschke et al. (2015) wurden insgesamt 262 Sitzungen aus 82 Therapien aus acht verschiedenen Instituten mit diesem Manual analysiert. In der Folgeanalyse von Koemeda-Lutz et al. (2016a; siehe auch Koemeda-Lutz et al., 2016b) wurden die analysierten Sitzungen auf 422 erhöht (92 Therapien). Aus einem Teil dieser analysierten Sitzungen wurde für die vorliegende Arbeit eine balancierte Stichprobe gebildet: Für jedes der in die Auswertung einbezogenen Institute wurden drei Therapeuten mit je drei Therapien, die mit Tonaufnahmen dokumentiert wurden, ausgewählt. Für sechs Institute konnte diese Anzahl Therapien erreicht werden, sodass die balancierte Stichprobe 162 Sitzungen umfasste (3 Sitzungen x 3 Patienten x 3 Therapeuten x 6 Institute). Unter den ausgewählten Instituten waren, neben den bereits erwähnten IBP und IPA, folgende vertreten: Schweizerische Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie (SGBAT, siehe Lowen, 1971), Schweizer Verein für Gestalttherapie und Integrative Therapie (SVG; siehe Perls et al., 1951), Institut InArtes (Kunst- und ausdrucksorientierte Psychotherapie, siehe Knill et al., 1995) und die Deutschschweizer Gesellschaft für Transaktionsanalyse (DSGTA; siehe Berne, 1964). Die 18 ausgewählten Therapeuten, 11 Frauen und 7 Männer, waren im Durchschnitt 53 Jahre alt und verfügten über 12 Jahre therapeutische Berufserfahrung.

Die Items des Q-Sets (Albani et al., 2008)

- 1) Der Patient äussert negative Gefühle (zum Beispiel Kritik, Feindseligkeit) in Bezug auf den Therapeuten (vs. bewundernde oder anerkennende Bemerkungen).
- 2) Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf das non-verbale Verhalten des Patienten zum Beispiel auf die Körperhaltung oder Gesten.
- 3) Die Äusserungen des Therapeuten zielen darauf, dem Patienten das Erzählen zu erleichtern.
- 4) Die Therapieziele des Patienten werden besprochen.
- 5) Der Patient hat Schwierigkeiten, die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen.
- 6) Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch.
- 7) Der Patient ist ängstlich oder angespannt (vs. ruhig und entspannt).

- 8) Patient ist besorgt oder beunruhigt wegen seiner Abhängigkeit vom Therapeuten (vs. fühlt sich wohl mit der Abhängigkeit oder will Abhängigkeit).
- 9) Der Therapeut ist distanziert, unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert).
- 10) Patient strebt grössere Nähe mit dem Therapeuten an.
- 11) Sexuelle Gefühle und Erwartungen werden besprochen.
- 12) In der Stunde wird geschwiegen.
- 13) Der Patient ist lebhaft.
- 14) Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.
- 15) Patient initiiert keine Themen, ist passiv.
- 16) Es wird über Körperfunktionen, körperliche Symptome oder Gesundheit gesprochen.
- 17) Der Therapeut kontrolliert die Interaktion aktiv (zum Beispiel strukturiert und/oder führt neue Themen ein).
- 18) Der Therapeut vermittelt Wertschätzung.
- 19) Die therapeutische Beziehung hat eine erotische Färbung.
- 20) Der Patient provoziert, testet die Grenzen der therapeutischen Beziehung.
- 21) Therapeutische Selbstöffnung
- 22) Der Therapeut fokussiert die Schuldgefühle des Patienten.
- 23) Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.
- 24) Die emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung.
- 25) Der Patient hat Schwierigkeiten, die Stunde zu beginnen.
- 26) Der Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle.
- 27) Der Therapeut gibt explizit Ratschläge und Anleitungen (vs. weigert sich, dies zu tun, selbst wenn er dazu gedrängt wird).
- 28) Der Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess richtig war.
- 29) Der Patient spricht davon, dass er Trennung oder Distanz will.
- 30) Die Diskussion ist um kognitive Themen zentriert, d.h. Gedanken oder Überzeugungen.
- 31) Der Therapeut fragt nach mehr Information oder ausführlicherer Schilderung.
- 32) Der Patient gewinnt ein neues Verständnis oder Einsicht.
- 33) Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen.
- 34) Der Patient beschuldigt andere oder äussere Umstände, für (seine) Schwierigkeiten verantwortlich zu sein.
- 35) Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs.
- 36) Der Therapeut weist auf Abwehrmechanismen des Patienten hin, zum Beispiel ungeschehen machen, Verleugnung.
- 37) Der Therapeut verhält sich »lehrerhaft«.
- 38) Es werden spezifische Aktivitäten oder Aufgaben besprochen, die der Patient ausserhalb der Sitzungen in Angriff nehmen soll.
- 39) Die Beziehung hat rivalisierenden Charakter.
- 40) Der Therapeut bezieht sich in seinen Interpretationen auf konkrete Personen im Leben des Patienten.
- 41) Die Ziele und Vorhaben des Patienten sind Gegenstand des Gesprächs.
- 42) Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).
- 43) Der Therapeut macht Vorschläge, wie das Verhalten anderer Personen zu verstehen sei.
- 44) Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).
- 45) Der Therapeut nimmt eine supportive Haltung ein.
- 46) Der Kommunikationsstil des Therapeuten ist klar und verständlich.
- 47) Wenn die Beziehung mit dem Patienten schwierig ist, stellt sich der Therapeut darauf ein, um die Beziehung zu verbessern.
- 48) Der Therapeut ermutigt den Patienten zur Unabhängigkeit im Handeln oder Denken.
- 49) Der Patient erlebte dem Therapeuten gegenüber ambivalente oder widersprüchliche Gefühle.
- 50) Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf Gefühle, die der Patient für inakzeptabel hält (zum Beispiel Wut, Neid oder Aufregung).
- 51) Der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab.
- 52) Der Patient verlässt sich darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst.
- 53) Der Patient ist damit beschäftigt, was der Therapeut von ihm denkt.
- 54) Der Patient ist in seiner Ausdrucksweise klar und strukturiert.
- 55) Der Patient drückt positive Erwartungen bezüglich der Therapie aus.
- 56) Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.
- 57) Der Therapeut erläutert das Rational seiner Technik oder seines Behandlungsansatzes.
- 58) Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinanderzusetzen.
- 59) Der Patient fühlt sich unzulänglich und unterlegen (vs. effektiv und überlegen).
- 60) Der Patient hat eine kathartische Erfahrung.
- 61) Der Patient fühlt sich schüchtern und verlegen (vs. selbstbewusst und selbstsicher).
- 62) Der Therapeut benennt ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema.
- 63) Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.
- 64) Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen.
- 65) Der Therapeut klarifiziert, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagte.
- 66) Der Therapeut beruhigt den Patienten.
- 67) Der Therapeut interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen.
- 68) Reale vs. phantasierte Bedeutungen von Erfahrungen werden aktiv unterschieden.
- 69) Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.
- 70) Der Patient ringt darum, Gefühle oder Impulse zu kontrollieren.
- 71) Der Patient klagt sich selber an, äussert Scham oder Schuld.
- 72) Der Patient versteht das Wesen der Therapie und was von ihm erwartet wird.

- 73) Der Patient fühlt sich der therapeutischen Arbeit verpflichtet.
- 74) Es geht humorvoll zu.
- 75) Unterbrechungen in der Behandlung oder das Therapieende werden thematisiert.
- 76) Der Therapeut legt dem Patienten nahe, die eigene Verantwortung für seine Probleme zu akzeptieren.
- 77) Der Therapeut ist taktlos.
- 78) Der Patient sucht die Zustimmung, Zuneigung oder Sympathie des Therapeuten.
- 79) Der Therapeut spricht eine Veränderung in der Stimmung oder dem Affekt des Patienten an.
- 80) Der Therapeut bietet eine Erfahrung oder ein Ereignis aus anderer Perspektive an.
- 81) Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben,
- 82) Der Therapeut benennt das Verhalten des Patienten in der Stunde auf eine Art und Weise, die bisher nicht explizit wahrgenommene Aspekte dieses Verhaltens deutlich werden lässt.
- 83) Der Patient ist fordernd.
- 84) Der Patient drückt Ärger oder aggressive Gefühle aus.
- 85) Der Therapeut ermuntert den Patienten, neue Verhaltensweisen im Umgang mit anderen auszuprobieren.
- 86) Der Therapeut ist zuversichtlich oder selbstsicher (vs. unsicher oder defensiv).
- 87) Der Patient ist kontrolliert.
- 88) Der Patient bringt relevante Themen und relevantes Material zur Sprache.
- 89) Der Therapeut stärkt die Abwehr.
- 90) Träume und Phantasien des Patienten werden besprochen.
- 91) Erinnerungen oder Rekonstruktionen der (früheren und späteren) Kindheit sind Gegenstand des Gespräches.
- 92) Gefühle oder Wahrnehmungen des Patienten werden mit Situationen oder Verhalten in der Vergangenheit verknüpft.
- 93) Der Therapeut ist neutral.
- 94) Der Patient fühlt sich traurig oder deprimiert (vs. fröhlich oder heiter).
- 95) Der Patient fühlt sich unterstützt.
- 96) Terminvereinbarungen oder das Honorar werden besprochen.
- 97) Der Patient ist introspektiv, er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen.
- 98) Der Fokus des Gesprächs liegt u. a. auf der therapeutischen Beziehung.
- 99) Der Therapeut fragt die Sichtweise des Patienten an (vs. bestätigt die Wahrnehmungen des Patienten)
- 100) Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her.

Ergebnisse

Q-Set

Abbildung 1 zeigt einen Vergleich des therapeutischen Prozesses bei Therapeutinnen und Therapeuten der Institute IBP und IPA mit den von Ablon und Jones (1998, 2002) auf der Basis des Q-Sets erarbeiteten Prototypen. Die betreffenden drei Prototypen können als Repräsentanten der drei bekanntesten Mainstreams, nämlich des psychodynamischen, des kognitiv-behavioralen und des humanistischen Ansatzes, betrachtet werden. Jeder der Kreise umfasst die 20 für das jeweilige Verfahren am meisten charakteristischen Eigenschaften. Für die zwei Therapieschulen aus der PAP-S-Studie wurden die 20 Items mit dem grössten Mittelwert als die typischsten für die jeweilige Schule deklariert (dunkler Kreis). Fokussiert man auf diese Items mit der höchsten Repräsentativität, so werden zwei Aspekte ersichtlich: Erstens zeigt sich eine 80-prozentige Übereinstimmung zwischen beiden Gruppen von Therapeutinnen und Therapeuten bezüglich der Prozessmerkmale ihrer Therapiesitzungen und zweitens sind typische Merkmale aus allen drei Mainstreams vertreten. Beispiele charakteristischer Prozessmerkmale für beide Gruppen, die dem kognitiv-behavioralen Prototyp entsprechen, sind folgende (Itemnummer in Klammer):

- Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus (23)
- Der Therapeut ist zuversichtlich oder selbstsicher (86)
- Der Patient bringt relevante Themen und relevantes Material zur Sprache (88)

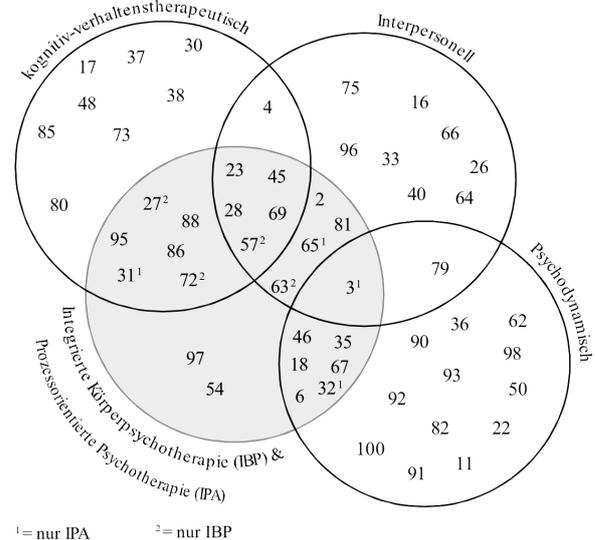


Abb. 1: Überlappungen zwischen den Therapieschulen in ihrem typischen therapeutischen Handeln gemessen mit dem Q-Set. Die abgebildeten Zahlen sind die Itemnummern.

Einige typische Merkmale für die analysierten Sitzungen, die dem interpersonellen Prototyp zugehören, sind beispielsweise:

- Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf das non-verbale Verhalten des Patienten, zum Beispiel auf die Körperhaltung oder Gesten (2)
- Der Therapeut nimmt eine supportive Haltung ein (45)
- Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben (81)

Und schliesslich zum psychodynamischen Prototyp gehörend finden wir folgende Beispiele:

- Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs (35)
- Der Therapeut interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen (67)

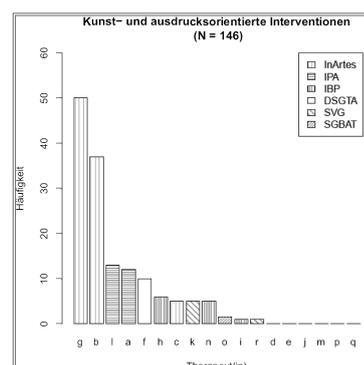
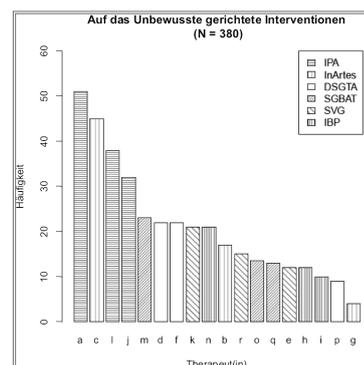
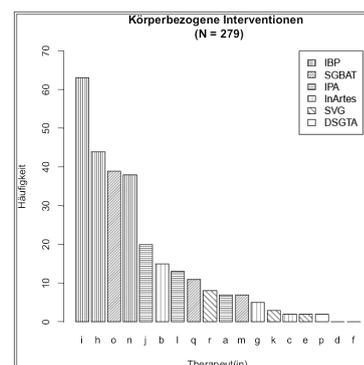
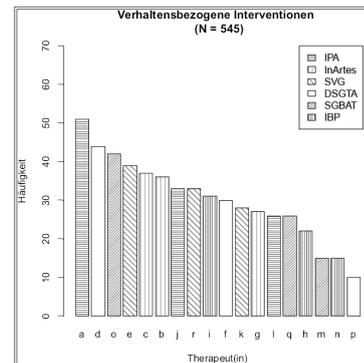
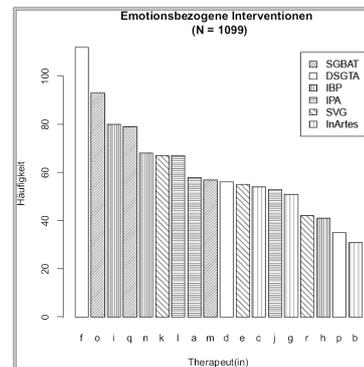
Rating-Manual

Die Analysen der Tonaufnahmen mithilfe des Rating-Manuals zeigte vorerst, dass sich die am häufigsten beobachteten psychotherapeutischen Interventionen in fünf Kategorien gruppieren lassen:

1. *Emotionsbezogene Interventionen*: zum Beispiel Affektregulation, Empathie, Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte
2. *Verhaltensbezogene Interventionen*: zum Beispiel Stellen von Aufgaben, Bearbeitung von Verhaltensmustern und Überzeugungen, Einsichtsförderung zu veränderndem Verhalten, Experimentieren mit neuem Verhalten
3. *Auf das Unbewusste gerichtete Interventionen*: zum Beispiel Abwehr und Widerstand konfrontieren, Arbeit an der Prozessgrenze, bewusstseinsfernere Erfahrung entfalten, Interpretation
4. *Körperbezogene Interventionen*: zum Beispiel Atemarbeit, Bewusstmachen der Körperebene, Fokussierung auf körperliche Impulse, Entspannungstechniken vermitteln
5. *Kunst- und ausdrucksorientierte Interventionen*: zum Beispiel Kreativität anregen, Materialeinbezug, neue Sinn- und Bedeutungszusammenhänge anhand des Werkes erschliessen, Nachfragen bezüglich Werkprozesserfahrungen

Abbildung 2 zeigt die Häufigkeit der fünf Kategorien bei der Stichprobe von 18 Therapeutinnen und Therapeuten aus den sechs berücksichtigten Instituten. Alle Häufigkeitsverteilungen lassen Gemeinsamkeiten zwischen den Instituten erkennen. Jede Interventionskategorie wurde bei mindestens einer Therapeutin oder einem Therapeuten jedes einzelnen Institutes beobachtet. Mit Abstand am häufigsten wurden emotionsbezogene Interventionen verwendet. An zweiter bzw. an dritter Stelle standen die verhaltensbezogenen bzw. die auf das Unbewusste gerichteten Interventionen. Auch besondere Techniken, wie die körperbezogenen oder Kunst- und ausdrucksorientierten Interventionen, liessen sich in jeder Gruppe beobachten.

Abb. 2: Häufigkeit in der Anwendung verschiedener Interventionskategorien bei 18 Therapeuten und Therapeutinnen (gekennzeichnet mit den Buchstaben a bis r) aus sechs verschiedenen Therapieschulen (siehe Legende). Die Zählungen basieren auf der Analyse von 162 Sitzungen.



Diskussion

In unserer ersten Auswertung wurden Sitzungen von der Integrativen Körperpsychotherapie (IBP) mit denjenigen der Prozessorientierten Psychotherapie (IPA) verglichen. Beide Behandlungskonzepte, obwohl unterschiedlich definiert, enthalten Elemente aus der Tiefenpsychologie, der Humanistischen Psychologie und der Körperpsychotherapie (vgl. Schlegel et al., 2011) und sind beide als integrativ einzustufen. Das bedeutet, dass beide Ausbildungsinstitutionen ihrem Nachwuchs eine integrative Denkweise vermitteln.

Das integrative Vorgehen von Vertretern und Vertreterinnen beider Schulen wurde von der Analyse der Prozessmerkmale mithilfe des Q-Sets bestätigt: Bezüglich der Gestaltung der Therapiesitzungen zeigte sich zwischen beiden Therapeutengruppen eine 80-prozentige Übereinstimmung. Bemerkenswert war weiterhin der substantielle Anteil an kognitiv-behavioralen Haltungen und Handlungen, die in den entsprechenden Therapiekonzepten nicht explizit definiert sind. Dieses Phänomen wurde bereits von Ablon und Jones (1998, 2002) in Stichproben von psychodynamischen und interpersonellen Therapien festgestellt, in denen die therapeutische Haltung signifikant mit dem kognitiv-behavioralen Prototyp korrelierte.

In unserer zweiten Auswertung wurden die psychotherapeutischen Interventionen in einer Stichprobe von Sitzungen von Therapeuten und Therapeutinnen aus sechs verschiedenen Schulen gezählt und kategorisiert. Die Bedeutung von verhaltensbezogenen Interventionen wurde auch hier bestätigt. Bezüglich Häufigkeit kam diese Art von Interventionen, nach den emotionsbezogenen Interventionen, an zweiter Stelle vor. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass psychodynamische und humanistische Konzepte auf einer Handlungsebene teilweise zu einem verhaltensorientierten Vorgehen konvergieren, das traditionsgemäss den kognitiv-behavioralen Behandlungsansätzen zugeschrieben wird.

Ebenfalls bemerkenswert war die Feststellung, dass auch Techniken, die auf eine »non-verbale« Ebene fokussieren, wie körperbezogene oder kunst- und ausdrucksorientierte Interventionen in jeder Therapeutengruppe beobachtet wurden.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass ein integratives Vorgehen weit verbreitet ist. Dieses Phänomen findet sowohl auf einer institutionellen als auch auf einer persönlichen Ebene statt. Wie bereits erwähnt, ist die Psychotherapie-Integration bei einigen Schulen bereits in ihrem Behandlungskonzept verankert. Darüber hinaus betreiben die Therapeutinnen und Therapeuten mit zunehmender Berufserfahrung auf der persönlichen Ebene eine assimilative Integration, indem sie auch Techniken oder Haltungen aus anderen therapeutischen Ansätzen übernehmen. Diese These wird von früheren Resultaten aus unserer Studie bekräftigt, nämlich dass mit zunehmender Berufserfahrung das Ausmass an Methodentreue abnimmt (vgl. Tschuschke et al., 2015; Tschuschke et al., 2016). Ein Grund für die Entwicklung eines integrativen Vorgehens

ist die Erfahrung der Therapeutinnen und Therapeuten, dass eine einzelne Therapiemethode ihre Grenzen hat und nicht bei allen Patientinnen und Patienten ihre erwartete Wirkung zeigt (vgl. Norcross, 2005).

Literatur

- Ablon, J.S. & Jones, E.E. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 8(1), 71–83.
- Ablon, J.S. & Jones, E.E. (2002). Validity of controlled clinical trials of psychotherapy. Findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 159(5), 775–783.
- Albani, C., Ablon, J.S., Levy, R.A., Mertens, W. & Kächele, H. (2008). *Der »Psychotherapie Prozess Q-Set« von Enrico E. Jones: Deutsche Version (PQS-R-D) und Anwendungen*. Ulm: Ulmer Textbank.
- Berne, E. (1964). *Games people play*. London: Penguin Books.
- Beutler, L.E. & Clarkin, J.F. (2013). *Systematic treatment selection. Toward targeted therapeutic interventions*. New York: Routledge.
- Castonguay, L.G. & Beutler, L.E. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University Press.
- Castonguay, L.G., Eubanks, C.F., Goldfried, M.R., Muran, J.C. & Lutz, W. (2015). Research on psychotherapy integration. Building on the past, looking to the future. *Psychotherapy Research*, 25(3), 365–382.
- Cook, J.M., Biyanova, T., Elhai, J., Schnurr, P.P. & Coyne, J.C. (2010). What do psychotherapists really do in practice? An Internet study of over 2,000 practitioners. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(2), 260–267.
- Frank, J.D. & Frank, J.B. (1993). *Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: JHU Press.
- Goldfried, M.R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35(11), 991–999.
- Greuter, F. (2011). *Geschlechtsunterschiede in der Psychotherapie. Einflüsse des Geschlechts auf das Verhalten von Patientinnen und Patienten und Therapeutinnen und Therapeuten*. Lizentiatsarbeit, Universität Zürich.
- Jones, E.E. (2000). *Therapeutic action. A guide to psychoanalytic therapy*. Northvale: Jason Aronson Inc.
- Knill, P.J., Nienhaus Barba, H. & Fuchs, M.N. (1995). *Minstrels of soul: Intermodal expressive therapy*. Toronto: EGS-Press.
- Koemeda-Lutz, M., Cramer, A., Schulthess, P., Wyl, A.V. & Tschuschke, V. (2016a). Specificity and pace variability of therapists' interventions under naturalistic conditions. *International Journal of Psychotherapy*, 20(1), 19–50.
- Koemeda-Lutz, M., Cramer, A., Tschuschke, V., Schulthess, P. & Wyl, A.V. (2016b). Therapists' interventions in different psychotherapy approaches: Category and temporal Aspects. *International Body Psychotherapy Journal*, 15(2), 37–57.
- Lettner, F. (2007). *Objektgestützte Psychodynamische Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Lowen, A. (1971). *The language of the body*. New York: Prentice Hall.
- Messer, S.B. (2001). Introduction to the special issue on assimilative integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11(1), 1–4.
- Mindell, A. (1982). *Dreambody, the body's role in revealing the self*. Santa Monica, CA: Sigo Press.
- Norcross, J.C. (2005). A primer on psychotherapy integration. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy integration* (S. 3–23). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J.C. & Prochaska, J.O. (1988). A study of eclectic (and integrative) views revisited. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19(2), 170–174.

- Orlinsky, D., Ambühl, H., Rønnestad, M., Davis, J., Gerin, P., Davis, M. et al. (1999). Development of psychotherapists. Concepts, questions, and methods of a collaborative international study. *Psychotherapy Research*, 9(2), 127–153.
- Perls, F.S., Hefferline, R.F. & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality*. New York: Julian Press.
- Pfammatter, M. & Tschacher, W. (2015). Wirkfaktoren der Psychotherapie – eine Übersicht und Standortbestimmung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 60(1), 67–76.
- Rosenberg, J.L., Rand, M.L. & Asay, D. (1985). *Body, self and soul. Sustaining integration* (Humanics New Age). Atlanta: Humanics Limited.
- Schlegel, M., Meier, I. & Schulthess, P. (Hrsg.). (2011). *Psychotherapien. Ein Führer der Schweizer Charta für Psychotherapie für die in ihr vertretenen tiefenpsychologischen, humanistischen und integrativen Psychotherapieverfahren*. Zürich: Schweizer Charta für Psychotherapie.
- Smith, D. (1982). Trends in counseling and psychotherapy. *American Psychologist*, 37(7), 802–809.
- Suszek, H., Grzesiuk, L., Styła, R. & Krawczyk, K. (2017). General overview of psychotherapeutic practice in Poland. Results from a nationwide survey. *Psychiatric Quarterly*, 88(3), 571–584.
- Tschuschke, V., Koemeda, M. & Schlegel, M. (2014). *PAP-S Rating Manual (PAP-S RM) Rating Manual for the Objective Evaluation of Therapeutic Interventions of Psychotherapists Using Various Theoretical Concepts*.
- Tschuschke, V., Cramerì, A., Koehler, M., Berglar, J., Muth, K., Staczan, P. et al. (2015). The role of therapists' treatment adherence, professional experience, therapeutic alliance, and clients' severity of psychological problems. Prediction of treatment outcome in eight different psychotherapy approaches. Preliminary results of a naturalistic study. *Psychotherapy Research*, 25(4), 420–434.
- Tschuschke, V., von Wyl, A., Koemeda-Lutz, M., Cramerì, A., Schlegel, M. & Schulthess, P. (2016). Bedeutung der psychotherapeutischen Schulen heute. *Psychotherapeut*, 61(1), 54–65.
- Veigel, A. (2010). *Untersuchung der Methodentreue von »Integrativen Körperpsychotherapeuten«*. Bachelorarbeit, ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- von Wyl, A., Cramerì, A., Koemeda-Lutz, M., Tschuschke, V. & Schulthess, P. (2013). Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S). Studiendesign und Machbarkeit. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 3(1), 6–22.
- von Wyl, A., Tschuschke, V., Cramerì, A., Koemeda-Lutz, M. & Schulthess, P. (Hrsg.). (2016). *Was wirkt in der Psychotherapie? Ergebnisse der Praxisstudie ambulante Psychotherapie zu 10 unterschiedlichen Verfahren*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Wampold, B.E. & Imel, Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate. The evidence for what makes psychotherapy work*. New York: Routledge.
- Wampold, B.E., Flückiger, C., Del Re, A.C., Yulich, N.E., Frost, N.D., Pace, B.T. et al. (2017). In pursuit of truth. A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research*, 27(1), 14–32.
- Wampold, B.E., Mondin, G.W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. & Ahn, H.-N. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies. Empirically, »all must have prizes.«. *Psychological Bulletin*, 122(3), 203–215.

An integrative approach to the therapy schools of the Swiss Charter for Psychotherapy

Various research findings support the thesis that the majority of therapists exercise an integrative approach in practice. Based on this assumption, this article analysed commonalities in therapeutic attitudes and the application of therapeutic techniques between therapists from different schools based

on audio recordings of therapy sessions. The analysis was based on two random samples of 108 and 162 sessions from therapies that were part of the »Practice Study Outpatient Psychotherapy – Switzerland«. The audio recordings of the sessions were analysed using either the Psychotherapy Process Q-Set or the PAP-S-Rating-Manual. Both instruments showed significant similarities in the actions and attitudes of therapists practising different types of psychotherapy. Furthermore, it was found that for the type of interventions used, which were observed in each group of therapists, emotion-related interventions were by far the most commonly used. Interventions that target behavioural or subconscious aspects came in second and third place. Even special techniques, such as body-related or art- and expression-oriented interventions, could be observed in each group.

Keywords: Psychotherapy Integration, Psychotherapeutic Techniques, Therapy Vocational Training, Psychotherapy Process Q-Set, PAP-S-Rating-Manual

Procedimento integrativo nelle scuole terapeutiche della carta svizzera per la psicoterapia.

Diversi risultati di ricerca supportano la tesi che la maggioranza dei terapeuti e delle terapeute esercitano una prassi integrativa. A partire da tale assunto nel presente articolo vengono analizzate le similarità nell'atteggiamento terapeutico oppure nell'utilizzo di tecniche terapeutiche tra i terapeuti e terapeute di diverse scuole sulla base di registrazioni audio di sedute di terapia. Come fondamento per l'analisi sono stati utilizzati due controlli a campione di 108 oppure 162 sedute terapeutiche dalla »Praxisstudie Ambulante Psychoterapie Schweiz«. Le registrazioni delle sedute sono state analizzate con il processo psicoterapeutico Q-Set o con il manuale di valutazione PAP-S. Entrambi gli strumenti indicano chiare similarità in riferimento a gestioni e atteggiamenti di terapeuti e terapeute con differenti orientamenti terapeutici. Secondo il tipo d'interventi utilizzati osservati in ciascun gruppo di terapeuti/terapeute, è stato mostrato che nella stragrande maggioranza dei casi venivano utilizzati interventi in rapporto alle emozioni. In seconda e terza posizione stavano interventi in rapporto al comportamento e all'inconscio. In ogni gruppo sono rilevabili anche particolari tecniche, come interventi in riferimento al corpo o mediante l'arte e la capacità espressiva.

Parole chiave: psicoterapia-integrazione, tecniche psicoterapeutiche, costruzione della terapia, processo psicoterapeutico Q-Set, manuale di valutazione PAP-S

Die Autorinnen und Autoren

Aureliano Cramerì, Dr. phil., ist Qualitätsmanager, Forschungsmitarbeiter in Fachgruppe Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, sowie Dozent für Forschungsmethoden.

Margit Koemeda-Lutz, Dr. Dipl.-Psych., ist Psychotherapeutin (ASP), Lehrtherapeutin und Trainerin (SGBAT, IIBA) sowie

Mitglied der Wissenschaftskommission der Schweizer Charta für Psychotherapie. Darüber hinaus ist sie als Redaktionsmitglied in drei Fachzeitschriften aktiv, Autorin von zahlreichen Büchern und Fachartikeln zu Themen der Psychotherapieforschung und Körperpsychotherapie.

Volker Tschuschke, Univ.-Prof. Dr. Dipl.-Psych., ist emeritierter ehemaliger Lehrstuhlinhaber des Faches Medizinische Psychologie an der Universitätsklinik Köln. Er ist Psychoanalytiker und war jahrelang Dozent an verschiedenen Ausbildungsinstituten, ist Autor von zahlreichen Büchern und Beiträgen in internationalen und nationalen Fachzeitschriften und arbeitet ausserdem als Psychotherapeut und Supervisor.

Peter Schulthess, MSc, eidg. anerkannter Psychotherapeut ASP. Seit vielen Jahren Ausbilder für Gestalttherapie in der Schweiz und im internationalen Raum. Ex-Präsident der Schweizer Charta für Psychotherapie, aktuell Mitglied im Vorstand der ASP. Chair des «Science and Research Committee» der EAP. Leitender Redaktor der Zeitschrift *Psychotherapie-Wis-*

senschaft und Autor oder Co-Autor verschiedener Publikationen zu Psychotherapie und Gestalttherapie.

Agnes von Wyl, Prof. Dr., ist Leiterin der Fachgruppe Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie. Sie arbeitet ausserdem als Dozentin und psychoanalytische Psychotherapeutin. Ihre Forschungsgebiete umfassen Psychotherapieforschung, Infant Mental Health und psychische Gesundheitsförderung.

Kontakt

Aureliano Crameri
ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Departement Angewandte Psychologie
Pfungstweidstrasse 96
Postfach 707
8037 Zürich
E-Mail: aureliano.crameri@zhaw.ch