

## Originalarbeit (Themenheft)

*Franziska Einsle, Samia Härtling*

### **Die Erforschung der Psychotherapie: Aktueller Stand und Themen für die Zukunft**

**Zusammenfassung:** Der Beitrag fasst zunächst wichtige Forschungsarbeiten zur Psychotherapieforschung zusammen und zeigt, dass Psychotherapie (schulübergreifend) heute als wirksame Behandlungsmethode für psychische Störungen und psychische Beschwerden im Rahmen körperlicher Erkrankungen gilt. Dennoch gibt es offene Fragen, wie etwa die folgenden. Wie wirkt Psychotherapie und wie können zugrunde liegende Mechanismen sichtbar gemacht werden? Für wen wirkt welche Art von Therapie? Welche ungünstigen Therapieeffekte sind bei Psychotherapie zu erwarten und wie sollte diesen begegnet werden. Diese Fragestellungen werden anhand aktueller Forschungsliteratur diskutiert.

**Schlüsselwörter:** Psychotherapie, Wirksamkeit, Prädiktoren, Wirkfaktoren, Wirkmechanismen, Nebenwirkungen, unerwünschte Therapieeffekte.

#### **Researching Psychotherapy: Current Status and Future Themes**

**Summary:** Our paper summarizes important research activities in the context of psychotherapy research that proved psychotherapy to be an effective intervention (not limited to any particular psychotherapeutic school) for mental disorders and mental concerns in the course of somatic diseases. Nevertheless, there are open research questions, such as the following. What are the mechanisms of action of psychotherapeutic interventions and how they can be researched? For whom is which kind of therapy effective? Which unfavorable side effects are to be expected and how should we handle them. These research questions are discussed in the context of current research literature.

**Keywords:** Psychotherapy, efficacy, predictors, power factors, mechanisms of action, specific techniques, side effects, unwanted therapy effects

#### **La ricerca sulla psicoterapia: stato attuale e temi per il futuro**

**Riassunto:** Il contributo riassume inizialmente importanti lavori di ricerca sullo studio della psicoterapia, e mostra che la psicoterapia (indipendentemente dalle scuole) rappresenta oggi un metodo di trattamento efficace per le condizioni psichiche e i disturbi psichici nell'ambito delle malattie del corpo. Ciononostante ci sono domande aperte, per es. a) come funziona la psicoterapia e come si possono rendere visibili i meccanismi ad essa sottesi, b) per chi funziona quale tipo di terapia, c) quali effetti terapeutici indesiderati ci si deve aspettare dalla psicoterapia e in che modo vanno affrontati. Queste questioni vengono discusse sulla base dell'attuale letteratura di ricerca.

**Parole chiave:** Psicoterapia – efficacia – variabili indipendenti – fattori comuni – meccanismi di azione – effetti secondari – effetti indesiderati della terapia

#### **Einleitung**

Die wachsende Anzahl an Studien zur Wirksamkeit verschiedener psychotherapeutischer Techniken und Interventionen erschwert es, den aktuellen Wissensstand über die empirische Fundierung von Psychotherapie zu überblicken. Hinzu kommt, dass neuere Entwicklungen wie der Einsatz von internetgestützter Therapie oder von Apps zur Unterstützung therapeutischer Prozesse die ursprünglichen definitorischen Grenzen von Psychotherapie als Verfahren, welches über direkte, geplante Interaktion und mittels zumeist verbaler Kommunikation wirkt (Strotzka, 1969), in Frage stellen.

Wir möchten im Folgenden den aktuellen Wissensstand überblicksartig darstellen, auch wenn nicht alle Facetten der Therapieforschung ausführlich wiedergegeben werden können. Dabei liegt der Hauptfokus des Artikels darauf, einige neue Ansätze zur weiterführenden Erforschung der Psychotherapie mit besonderem Blick auf ihre Wirkmechanismen und unerwünschten Wirkungen vorzustellen. Auf Grundlage des Ansatzes von Grawe (2004) gehen wir davon aus, dass Psychotherapie dazu führt, dass sich durch die Neuroplastizität des Gehirns neuronale Veränderungen ergeben, und dass dieses Wissen um neuronale Strukturveränderungen hilft, die Psychotherapie weiterzuentwickeln. Dabei betrachten wir Psychotherapie – unabhängig von der zugrunde liegenden Therapieschule – als Lernvorgang, der zu einer Veränderung von synaptischen Prozessen und Gedächtnisprozessen führen sollte, da nur so eine langfristige Reduktion der Symptomatik und eine Verbesserung des Wohlbefindens des Patienten erreicht werden können. Daher betrachten wir es als notwendig, dass sich die psychotherapeutische Forschung mit den Nachbarwissenschaften wie den Neurowissenschaften, der Biologie und der Medizin verzahnt, sich in ihrer Herkunft aber weiterhin klar als psychologisches Fach einordnet. Die Psychologie als Mutterwissenschaft mit all ihren Teildisziplinen beinhaltet insbesondere das

notwendige Wissen und die Methodik für ein besseres Verständnis zugrunde liegender Mechanismen psychischer Störungen sowie psychischer Gesundheit und somit von potentiellen Prädiktoren und Wirkmechanismen für den Therapieerfolg (Wittchen et al., 2015). Dabei wird im Folgenden als Ausgangspunkt der weiteren Darstellungen der Forschungsstand zur Wirksamkeit von Psychotherapie schulenübergreifend zusammengefasst.

### **Wirksamkeit**

Zahlreiche Metaanalysen (Lipsey & Wilson, 1993; Shapiro & Shapiro, 1982; Smith et al., 1980) haben Psychotherapie inzwischen unbestritten als wirksames Verfahren zur Behandlung psychischer Störungen erwiesen. Da zwischen verschiedenen Studien und Metaanalysen qualitative Unterschiede hinsichtlich der Methodik der Analysen zu berücksichtigen sind, gibt es einen größeren Schwankungsbereich der Ergebnisse. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass 40–60 % der Patienten von psychotherapeutischen Interventionen eine Reduktion ihrer Beschwerden erfuhren (Lambert, 2013). Hierbei erweist sich Psychotherapie – unabhängig von der jeweiligen Therapieschule – auch in der Routineversorgung als effektiv (Stiles et al., 2008). Darüber hinaus führt Psychotherapie zu klinisch bedeutsamen Veränderungen des Wohlbefindens, zur Remission von Beschwerden, zur Verringerung des Rückfallrisikos sowie zur Verbesserung des Funktionsniveaus der Klienten, aber auch, wegen seltenerer stationärer Aufnahmen, geringerer Medikamenteneinnahme und weniger ärztlicher Kontakte, zu geringeren Gesundheitskosten (Lambert, 2013).

Eine Herausforderung in der Wirksamkeitsforschung ist die Etablierung sinnvoller Kontrollbedingungen. Die Metaanalyse von Lipsey und Wilson (1993) zeigt beispielsweise, dass beim Vergleich von psychotherapeutischen Interventionen mit einer Wartebedingung die durchschnittlichen Effekte bei 0,67 liegen, während sie im Vergleich zu einer Placebo-Bedingung eine durchschnittliche Effektstärke von 0,44 erreichen. Grissom (1996) berichtet darüber hinaus auch, dass die Placebo-Bedingung selbst mit einer Effektstärke von 0,44 durchschnittlich wirksamer ist als eine Nicht-Behandlung. Des Weiteren zeigen Baskin et al. (2003), dass, wenn die Placebogruppe strukturell sehr stark an die eigentliche aktive Behandlungsbedingung angepasst ist, kaum Unterschiede in der Effektivität bestehen, während sich bei einer sehr unterschiedlich strukturierten Kontrollbedingung mittlere Effekte zeigen. Hierbei stellt sich die Frage, wie eine „Placebo“-Bedingung von Psychotherapie überhaupt gestaltet werden kann. Generell dient die Verwendung von Placebos der Trennung zwischen der eigentlichen Wirkung der Intervention und Faktoren des Wissens um das Behandeltwerden. In der Psychotherapieforschung stellt sich hier die Frage, wie zwischen der psychologischen Wirkung des Placebos und der psychologischen Wirkung der eigentlichen Behandlung differenziert werden kann. Der Rückgriff auf eher nicht spezifische Variablen, wie Empathie des Therapeuten, aber auch das Etablieren von Hoffnung auf Behandlungserfolg beim Patienten, erscheint mit Blick auf die weiter unten vorgestellten unspezifischen, allgemeinen Wirkfaktoren von Psychotherapie eher problematisch (Lambert, 2013).

Des Weiteren stellt sich die Frage, wie viel Psychotherapie eigentlich notwendig ist, um einen Effekt zu erhalten. Howard et al. (1986), Lambert et al. (2001) sowie Baldwin et al. (2009) untersuchten den Dosis-Wirkung-Effekt bei Psychotherapie und konnten einen negativ beschleunigten Zusammenhang nachweisen. Zusammenfassend über verschiedene Metaanalysen kommt Lambert (2013) in seiner Übersichtsarbeit zu dem Schluss, dass 50 % der Patienten mit einer bedeutsamen Beeinträchtigung zu Therapiebeginn nach 20 Sitzungen eine klinisch signifikante Veränderung ihrer Beschwerden erreicht haben. Dies unterstreicht den sinnvollen und kostenökonomischen Einsatz kurzer Therapieverfahren bei ungefähr der Hälfte der Patienten. Weitere 25 % der Patienten zeigen dann nach insgesamt 50 Therapiesitzungen eine klinisch signifikante Reduktion ihrer Beschwerden. Dabei verweisen Reese et al. (2011) darauf, dass auch die Frequenz der Sitzungen bedeutsam ist für den Therapieerfolg. Allerdings zeigen die dargestellten Ergebnisse auch, dass circa ein Viertel der Patienten auch nach einer langen Therapiezeit (noch) nicht von einer psychotherapeutischen Behandlung profitiert haben. Die sogenannte DKV-Studie (Puschner et al., 2007) verweist auch darauf, dass sich naturalistische Fälle identifizieren lassen, in denen Patienten sich symptomatisch verschlechtern. Dies verdeutlicht, dass die Erforschung psychotherapeutischer Prozesse notwendig ist, um die Zahl der spät oder nicht profitierenden Patienten zu reduzieren. Daher werden im Folgenden bisher bekannte Prädiktoren der Effektivität von Psychotherapie dargestellt.

### **Prädiktoren für Wirksamkeit**

Einen bedeutsamen Bereich der Psychotherapieforschung nimmt die Erforschung von Prädiktoren für den Therapieerfolg ein, wobei hier Variablen auf Seiten sowohl der Patienten wie der Therapeuten, aber auch der Therapie an sich berücksichtigt werden.

### *Patientenvariablen*

Auf Seiten der Patienten wurde unter anderem das Vorliegen von Komorbiditäten (Taylor et al., 2010), insbesondere das Vorliegen einer komorbiden Achse-II-Störung, als bedeutsam für den Erfolg der Therapie nachgewiesen (Ilardi et al., 1997). Darüber hinaus erscheint die Schwere der Symptomatik zu Therapiebeginn, aber auch die Residualsymptomatik am Ende der Behandlung (Rucci et al., 2011) prädiktiv für das Auftreten von Rückfällen und verdeutlicht dadurch die Notwendigkeit einer systematischen Rückfallprophylaxe. Hierbei gibt es Hinweise darauf, dass Therapien dann langfristig erfolgreicher sind, wenn Therapeuten am Ende der Behandlung Strategien einsetzen, die den Umgang mit zukünftigen Problemen erleichtern und die Bedeutung der bisher erreichten Veränderungen unterstreichen (Lambert, 2013).

Bezogen auf die Reduktion des Rückfallrisikos und die Berücksichtigung interaktioneller Besonderheiten bei Patienten mit Achse-II-Störungen wurden verschiedene Therapieverfahren entwickelt und evaluiert, z. B. die Mindfulness-Based Cognitive Therapy bei Patienten mit Depression (Beshai et al., 2011), die Acceptance und Commitment-Therapie (Eifert, 2011), die Schematherapie (Roediger, 2011) oder das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP; McCullough, 2006). Diese Entwicklungen zeigen, dass das grundlegende Verständnis der Besonderheiten von Patientengruppen, die von einer Intervention nicht profitieren, hilft, die Psychotherapie erfolgreicher zu machen.

Eine weitere Patientenvariablen, die das Therapieoutcome prädiziert, ist die Motivation des Patienten (Bohart & Wade, 2013; Luborsky et al., 1971). Aufgrund heterogener Befunde zum Zusammenhang zwischen Motivation und Therapieergebnis kommen Berking und Kowalsky (2012) zu dem Schluss, dass zwischen der Motivation sich behandeln zu lassen und der Motivation sich zu verändern differenziert werden sollte. Eng assoziiert mit der Behandlungsmotivation ist die Erwartungshaltung des Patienten (Greenberg et al., 2006). Diese beiden Variablen verdeutlichen beispielhaft die Notwendigkeit der Vernetzung psychotherapeutischer Forschung mit anderen psychologischen Fachbereichen, hier z. B. der allgemeinen Psychologie, die über die Erforschung volitionaler Prozesse (Goschke, 2007) eine Wissenserweiterung auch für motivationale Prozesse im Rahmen der Psychotherapie ermöglichen können.

### *Therapeutenvariablen*

Neben Patientenvariablen stehen auch die Therapeuten wiederholt im Fokus wissenschaftlicher Studien (Lambert, 2013), wobei Crits-Christoph und Mintz (1991) metaanalytisch zeigen, dass diese Variablen circa 9 % des Therapieerfolgs bedingen (Range zwischen 0–49 %), während Saxon und Barkham (2012) einen Range in der Erfolgsrate von 24–96 % finden. Hierbei zeigen bereits Luborsky et al. (1985) beim Einsatz der gleichen therapeutischen Techniken eine unterschiedliche, stabile Effektivität von Therapeuten. Dieser Befund wird durch zahlreiche Studien auch im Routinesetting bestätigt (Kim et al., 2006; Lutz et al., 2007; Wampold & Brown, 2005). Einen eindrücklichen Befund zur Auswirkung der unterschiedlichen Effektivität von Therapeuten zeigen Okiishi et al. (2003). Sie verweisen darauf, dass der effektivste Therapeut für die erfolgreiche Behandlung eines durchschnittlichen Patienten circa 7 Sitzungen braucht, während der uneffektivste Therapeut im Gegensatz dazu 94 Sitzungen für den gleichen Effekt benötigt. Die Therapeutenvariable scheint dabei insbesondere bei Patienten mit schweren Beeinträchtigungen massiver zu Tage zu treten (Saxon & Barkham, 2012). Als zugrunde liegende Variablen des Unterschieds werden hierbei neben der Qualität der therapeutischen Allianz und interpersonellen Fähigkeiten des Therapeuten das Interesse des Therapeuten am Erfolg des Patienten sowie seine Anpassungsfähigkeit, aber auch die Klarheit der angewendeten therapeutischen Intervention diskutiert (Lambert, 2013).

Bis heute ist es nicht gelungen, die Unterschiede zwischen Therapeuten durch ein gezieltes Training oder die Verwendung von Manualen auszuschließen (Laireiter & Botermans, 2005; Lambert, 2013). Erst in jüngster Zeit gibt es ein vermehrtes Forschungsinteresse, psychotherapeutische Kompetenzen als lernbare Fertigkeiten zu untersuchen und deren Vermittlung und Einübung nach wissenschaftlichen Kriterien zu etablieren. Hierfür bietet Weck (2013) eine gute Übersicht. Zu berücksichtigen ist, dass die Unterschiede zwischen kompetenten und nicht kompetenten Therapeuten Auswirkung auf die Beurteilung jeder einzelnen Effektivitätsstudie haben, da sich unter anderem die Frage stellt, ob in beiden Therapiebedingungen gleich „gute“ Therapeuten interveniert haben. Zukünftige Forschung sollte daher vielmehr den Fokus darauf legen, was effektive Therapeuten auszeichnet und wie diese Fertigkeiten an weniger effektive Therapeuten vermittelt werden können. Darüber hinaus gilt es, wie weiter unten dargestellt, den Schaden, den nicht effektive Therapeuten verursachen, zu reduzieren.

## *Therapievariablen*

Bezüglich der Therapievariablen stand lange Zeit die differenzierte Wirksamkeit einzelner Therapieverfahren und -schulen im Fokus der Psychotherapieforschung. Diese Grabenkämpfe sind vielleicht historisch und in manchen Ländern berufspolitisch nachvollziehbar, aber empirisch nicht untermauerbar. Zahlreiche Reviews und Metaanalysen (Anderson & Lambert, 1995; Luborsky et al., 1975) kommen vielmehr zu dem Schluss, dass sich in der Effektivität verschiedene Therapierichtungen nicht bedeutsam unterscheiden. Pfammatter et al. (2012) berichten, dass die Differenzen der Effektstärken zwischen 0,18 und 0,23 liegen. Andere Übersichtsstudien kommen zu dem Schluss, dass Unterschiede zwischen den Therapieschulen bestehen (Kazdin & Bass, 1989; Robinson et al., 1990). Verfechter beider Seiten ziehen methodische Faktoren zur Ablehnung des jeweiligen anderen Standpunktes heran, z. B. Präferenz der Untersucher, Unerfahrenheit in der Arbeit mit Manualen, Limitationen metaanalytischer Untersuchungsmethoden, fehlende statistische Power oder das Abzielen auf unterschiedliche Outcome-Variablen (Pfammatter et al., 2012).

Als weiterer Prädiktor für den Erfolg von psychotherapeutischen Interventionen werden Variablen der Behandlung untersucht. Schon Howard et al. (1986) zeigten, dass 60–65 % der Patienten bereits während der ersten sieben Therapiesitzungen eine Besserung der Symptomatik angeben. Fehlt diese frühe Verbesserung der Symptomatik, so erhöht sich das Risiko eines Therapiemisserfolgs (Howard et al., 1993; Lutz et al., 2014). Diese Besserung wird hierbei gleichgesetzt mit der Etablierung einer erfolgreichen therapeutischen Allianz und somit als Prädiktor für den weiteren Therapieverlauf herangezogen (Brown et al., 1999; Haas et al., 2002). Die Studie von Brown et al. (1999) konnte ausgehend von den Angaben von 2000 Therapeuten und deren Therapien zusätzlich zeigen, dass die frühe Verbesserung der Symptomatik das Outcome besser vorhersagte als die Schwere der Symptomatik, die Art der Behandlung oder die familiäre Unterstützung. Darüber hinaus wird untersucht, welche Rolle für den Erfolg der Therapie eine verglichen mit eigenen Werten oder im Vergleich zur Gesamtpatientengruppe plötzliche Verbesserung der Symptomatik spielt, wobei die unterschiedliche Bezeichnung und Definition des Phänomens, u. a. als „sudden gain“, „rapid response“ oder „large sudden improvements“, die Erforschung erschwert (Lambert, 2013). Zusammenfassend kommt Lambert (2013) zu dem Schluss, dass dieses Phänomen bei 17–50 % der Patienten zu finden ist, wobei es durchschnittlich in der fünften Sitzung zu einer sprunghaften Reduktion der Beschwerden von 50 % des Gesamtbehandlungserfolgs kommt. Ehrlich und Lutz (2015) stellen sich demgegenüber der Frage, welche Prozesse den sogenannten „sudden losses“ (d. h. den Patienten mit einer bedeutsamen Verschlechterung der Symptomatik) zugrunde liegen. Hierbei zeigen die Autoren auf der Grundlage qualitativer Analysen von Therapiesitzungen, dass dieses Phänomen insbesondere auf Konfrontationsbrüche in den vorangehenden Sitzungen folgt sowie aus dem Fehlen einer Erklärung des therapeutischen Verhaltens durch den Therapeuten herrührt.

Diese Ergebnisse und weiteren Studien zeigen, dass ein permanentes Feedback über das Befinden des Patienten, aber auch über dessen Einschätzung des Therapieverlaufs sinnvoll ist, sowohl um den langfristigen Therapieerfolg zu sichern (Duncan et al., 2004) als auch um über die Dauer und Art einer Therapieweiterführung zu entscheiden. Hierfür stehen verschiedene kurze Verfahren zur Verfügung, die zeiteffektiv nach jeder Therapiestunde eingesetzt werden können (Miller et al., 2006). Dabei zeigt die Metaanalyse von Lambert et al. (2003) eine mittlere Effektstärke von 0,39 allein für die Verwendung eines regelmäßigen Feedbacks an den Therapeuten. Zu beachten ist bei der Betrachtung dieser Studienergebnisse, dass für Therapieentscheidungen neben der Symptomreduktion auch der Verlauf anderer Variablen zu berücksichtigen ist, deren Veränderung meist länger dauert, z. B. Traitvariablen wie die Grundeinstellung gegenüber der eigenen Person oder die Sicht auf die Welt.

## **Wirkmechanismen**

Die Wirksamkeit von Psychotherapie kann insgesamt als vielfältig nachgewiesen und evident angesehen werden, trotzdem sind die zugrunde liegenden Wirkungsmechanismen bis heute weitestgehend ungeklärt (Federschmidt, 1996). Die Wirksamkeitsforschung unterscheidet hierbei zwischen spezifischen (d. h. technikabhängigen) sowie allgemeinen (d. h. technikenunabhängigen) Wirkfaktoren, wobei eine gegenseitige Beeinflussung angenommen wird. Das bedeutet, dass spezifische Wirkmechanismen nur zum Tragen kommen können, wenn auch allgemeine Wirkfaktoren verwirklicht werden, aber auch, dass allgemeine Faktoren allein nicht ausreichen, um einen optimalen Therapieerfolg zu erreichen.

## *Ergebnisse zu spezifischen Wirkfaktoren*

Spezifische Wirkfaktoren sind definiert über den theoretisch begründeten Einfluss einer spezifischen Psychotherapientechnik auf das Outcome der Therapie. Pfammatter et al. (2012) verweisen darauf, dass die

Forscher, die auf die Unterschiede in der Wirksamkeit zwischen Psychotherapieverfahren bestehen, zumeist auch Verfechter spezifischer Wirkmechanismen sind. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die oben beschriebenen geringen Unterschiede zwischen einzelnen Therapieverfahren wahrscheinlich auf unterschiedliche Prozesse zurückgeführt werden können (DeRubeis et al., 2005). Dieser Bereich der Psychotherapieforschung macht es notwendig, detailliert in die durchgeführten Therapien hineinzuschauen. Hierbei gibt es einen Ansatz zur Erforschung konkreter, linguistischer Inhalte der Therapie, die dank computergestützter Auswertungen erleichtert wird (Atkins et al., 2012; Imel et al., 2015). Mit dieser Technik lassen sich beispielsweise über den transkribierten Inhalt der Therapiesitzung kognitiv-verhaltenstherapeutische Techniken von psychodynamischen Inhalten akkurat unterscheiden und weiterführend analysieren.

Spezifische Wirkfaktoren machen nach metanalytischen Überprüfungen (Cuijpers et al., 2012; Lambert, 1992) circa 17 % des Erfolges aus. Spezifische Wirkfaktoren sind dabei so vielseitig wie die psychotherapeutische Techniken, dazu gehören u. a. Expositionen oder Verhaltensexperimente in der kognitiven Verhaltenstherapie, Übertragungsdeutung in psychodynamischen Therapien, Soziogramme in der systemischen Therapie oder die Stuhlarbeit in der Gestalttherapie. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass verhaltensbezogene und kognitive psychotherapeutische Techniken viel häufiger und intensiver beforscht wurden (Lambert, 2013), sich aber auch für die anderen Techniken hohe Korrelationen mit dem Therapieoutcome finden lassen (Orlinsky et al., 2004). Die Erforschung spezifischer Wirkmechanismen macht es allerdings notwendig, einzelne Komponenten einer Therapie spezifisch zu analysieren. So zeigten etwa Ahn und Wampold (2001), dass die Hinzunahme oder Herausnahme einzelner Therapieelemente zumeist keinen Effekt auf die Gesamtwirksamkeit einer Behandlung hat.

Flor (2015) verweist darauf, dass es zur Weiterentwicklung spezifischer Psychotherapietechniken notwendig ist, weniger störungsspezifisch als mechanismenorientiert vorzugehen und aus dieser Perspektive psychotherapeutische Module zu entwickeln, die dann an die spezifischen Voraussetzungen und Bedürfnisse des Individuums angepasst werden können. Dabei plädiert sie für eine enge Verzahnung zwischen Grundlagenforschung und Psychotherapieforschung. Dass diese Verzahnung erfolgsversprechend sein kann, berichtete auch Craske (2015), die auf der Grundlage experimenteller Ergebnisse zeigen konnte, wie das Verständnis inhibitorischer Lernprozesse zur Verbesserung der verhaltenstherapeutischen Expositionstherapie eingesetzt werden kann.

### *Ergebnisse zu allgemeinen Wirkfaktoren*

Verschiedene Studien (Cuijpers et al., 2012; Lambert, 1992) kommen zu dem Schluss, dass allgemeine oder unspezifische Wirkfaktoren von Psychotherapie circa 30–50 % des Therapieerfolgs vorherbestimmen und somit neben der Berücksichtigung der spezifischen Technik bedeutsam sind. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die genannten Prozentwerte auf die erklärte Varianz beziehen, da 50 % der Varianz der Therapieergebnisse bisher als nicht aufgeklärt gelten. Die Ergebnisse zeigen aber auch, dass die unspezifischen Faktoren allein nicht hinreichend für den Erfolg einer Therapie sind, wichtig ist beispielsweise auch die Methodensicherheit des Therapeuten für die Herstellung von Vertrauen auf Seiten des Patienten.

Ein Meilenstein in der Erforschung unspezifischer Wirkfaktoren war die Zusammenfassung bisheriger Befunde im Generic Model of Psychotherapy von Orlinsky und Howard (1986). Hierbei verweisen die Autoren auf die Bedeutung 1. der formalen Beziehung (therapeutic contract, organisatorischer Aspekt), 2. der therapeutischen Aktivitäten (therapeutic operations, technischer Aspekt), 3. der therapeutischen Beziehung (therapeutic bond, interpersoneller Aspekt), 4. der Selbstbezogenheit (self-relatedness, intrapersoneller Aspekt), 5. der unmittelbaren Einflüsse der Sitzung (in-session impacts, klinischer Aspekt) sowie 6. der zeitlichen Muster (temporal patterns, sequentieller Aspekt, zeitliche Abfolge). Dabei betonen die verschiedenen Modelle zu unspezifischen Wirkfaktoren (Frank, 1971; Omer & London, 1989) die Schaffung einer positiven Therapieerwartung beim Patienten durch die Vermittlung der Grundprinzipien der Behandlung und die Etablierung einer therapeutischen Beziehung.

Einer der am besten untersuchten Wirkfaktoren von Psychotherapie ist die therapeutische Beziehung oder therapeutische Allianz (Grawe, 2005; Norcross, 2011). Im Vergleich zu unspezifischer Zuwendung (z. B. im Rahmen von Lientherapie) erweist sich die professionelle Psychotherapie als doppelt so wirksam (Grawe et al., 1994; Lambert & Bergin, 1994). Hierbei zeigt sich, dass bereits die frühe Einschätzung der therapeutischen Beziehung als bedeutsamer Prädiktor für den Verlauf der weiteren Therapie herangezogen werden kann (Bachelor & Horvath, 1999). Sachse (2006) verweist allerdings darauf, dass die Beziehungsgestaltung des Therapeuten nicht direkt, sondern nur über eine Verbesserung der Problembearbeitung durch den Patienten auf den Therapieerfolg wirkt. Norcross (2011) verweist in seiner Übersichtsarbeit darauf, dass die Berücksichtigung der therapeutischen Beziehung sowohl in der Planung von Wirksamkeitsstudien als auch in der Routine-

Anwendung essentiell notwendig ist. Behindert wird die Erforschung dieser bedeutsamen Variable durch eine große Anzahl an Definitionen und Erhebungsinstrumenten, die zugleich die Gegenüberstellung der Befunde erschwert. Daher gibt es inzwischen Überlegungen, nicht mehr die persönliche Einschätzung der therapeutischen Beziehung als Prädiktor einzubeziehen, sondern auf andere, objektive Parameter zurückzugreifen. Hierbei weisen erste Befunde zur Verwendung der Stimmfrequenz als Indikator für die Synchronizität von Therapeut und Patient (Imel et al., 2014) darauf hin, dass dieser Parameter geeignet sein kann, therapeutische Interaktionen ohne Eingriff in den therapeutischen Prozess abzubilden, auch wenn dieser Forschungsbereich gerade erst am Anfang steht.

### **Unerwünschte Therapieeffekte und Non-Response**

Die dargestellten Wirksamkeitsnachweise verleiten Anwender schnell zu dem Glauben, Psychotherapie helfe immer oder schade zumindest nicht (Mohr, 1995). Dennoch machen es das auch für Psychotherapie geltende Prinzip des Nichtschadens (Linden, 2011) sowie das Prinzip der informierten Einwilligung nach dem deutschen Patientenrechtegesetz (Bundesgesetzblatt I 2013/9, S. 277; Nestoriuc & Rief, 2012) notwendig, sich mit negativen Aspekten der Psychotherapie zu beschäftigen. Während es zum Thema der fehlenden Wirkungen (sogenannter Non-Response) einige Studien gibt, finden sich jedoch kaum empirische Untersuchungen zur unerwünschten Therapieeffekten (Haupt et al., 2012).

Dieses geringe Ausmaß empirischer Forschung zu unerwünschten Therapieeffekten (teilweise auch als „Nebenwirkungen“ beschrieben) lässt sich zunächst durch das Fehlen einer einheitlichen Definition erklären. Es existiert Gemenge von Begrifflichkeiten ohne eine klare konzeptionelle Abgrenzung zwischen z. B. Haupt und Nebenwirkungen, mangelnder Wirksamkeit, Spontanverläufen und Kunstfehlern (Hoffmann et al., 2008)

Dabei wird der Begriff der Non-Response (d. h. des Misserfolgs, des Nichterreichens von Therapiezielen) häufig ebenfalls in den Bereich unerwünschter Therapieeffekte eingebunden. Lambert (2013) berichtet in seinem Überblickskapitel davon, dass durchschnittlich 5–10 % der Patienten sich im Laufe der Therapie verschlechtern, während immerhin 56 % keine signifikante Veränderung ihres Befindens zeigen, auch wenn Letzteres scheinbar den oben dargestellten Befunden zur Wirkung von Psychotherapie widerspricht. Studien zur Misserfolgsvorschau finden erwartungsgemäß ähnliche Befunde wie die zu Prädiktoren der Wirksamkeit vorgestellten. So zeigt sich u. a., dass Komorbidität mit Misserfolg (Jacobi et al., 2011) oder ungünstiger therapeutischer Prognose (Fischer-Klepsch et al., 2009) assoziiert ist und ein hoher Grad an allgemeiner funktioneller Beeinträchtigung einen prognostisch ungünstigen Faktor darstellt (Clarkin & Levy, 2004). Darüber hinaus berichtet Lambert (2013), dass insbesondere Patienten mit interaktionellen Schwierigkeiten sowie einer schwereren Beeinträchtigung zu Therapiebeginn weniger gut von einer Therapie profitieren.

Neben der Non-Response werden von Hoffmann et al. (2008) die Begriffe der „unerwünschten Wirkungen“, d. h. das auf die Therapie zurückzuführende Auftreten nicht-erwünschter Ereignisse und Effekte, sowie der „Therapieschäden“, d. h. das Auftreten anhaltender, für den Patienten nachteiliger, nicht erwarteter Auswirkungen der Therapie, definiert. Haupt et al. (2012) stellen, bezogen auf unerwünschte Therapieeffekte, die bisher definitorisch klarste Übersicht vor (Abb. 1). Bedeutsam ist hierbei, dass Haupt et al. (2012) nur dann von Nebenwirkungen im engeren Sinne sprechen, wenn der Einschätzung der Nachweis einer korrekt durchgeführten Therapie zugrunde liegt. In empirischen Untersuchungen macht dies eine aufwendige Datenerhebung notwendig, in der abgesichert sein muss, dass die evaluierte Behandlung tatsächlich als korrekt durchgeführt bewertet werden kann. Demzufolge empfiehlt es sich, eher von unerwünschten Therapieeffekten zu sprechen, worunter alle unerwünschten Ereignisse zusammengefasst werden, die durch die Therapie bedingt sind, d. h. Ereignisse, die „parallel zur aktuellen Psychotherapie im Erleben, Verhalten oder der Umwelt des Patienten auftreten“ (Haupt et al., 2012, S. 4). Diese Ereignisse dürfen kein Therapieziel darstellen und sollten somit unerwünscht sein. Zu unerwünschten Therapieeffekten gehören Verschlechterungen der Psychopathologie, aber auch negative Ereignisse in familiären und sozialen Beziehungen sowie im beruflichen Kontext (Linden, 2011). Ein bisher existierendes Verfahren zur Erfassung unerwünschter Therapieeffekte ist das Inventar zur Erfassung negativer Effekte von Psychotherapie (INEP; Ladwig et al., 2014). Schätzungen zur Häufigkeit negativer Therapiewirkungen kommen zu einem sehr großen Range von 19–94 % (Ladwig et al., 2014; Nestoriuc & Rief, 2012). Dabei sind bei der Interpretation der Befunde methodische Aspekte zu berücksichtigen, z. B. die retrospektive Befragung einer unselektierten Stichprobe mittels Onlinefragbogen. Brakemeier et al. (2012) berichten nach einer Erhebung mittels NESTAP, einem Instrument zur Erfassung unerwünschter Therapieeffekte während stationärer Psychotherapie, dass 92 % der Patienten mindestens ein unerwünschtes Ereignis aufwiesen. Für 40–60 % der Befragten habe laut ihren eigenen Angaben die Behandlung zu schwerwiegenden Veränderungen z. B. in Partnerschaft oder Beruf geführt, allerdings sei ein Großteil der

Behandelten gut bis sehr gut mit diesen Veränderungen zurechtgekommen. Eine andere Form der Erhebung unerwünschter Therapieeffekte präsentiert Linden (2011, 2013) mit der Checkliste UE-ATR (unwanted events to adverse treatment reaction). Diese ermöglicht es über einen erfahrenen Interviewer verschiedenste Typen unerwünschter Ereignisse zu erfassen, wobei bisher lediglich eine Checkliste der Erhebung zugrunde liegt. Herausfordernd ist bei diesem Instrument, dass der Interviewer den Therapieprozess analysieren und einen Bezug zwischen Therapieeffekt und Therapie herstellen muss. Eine Kausalität zwischen diesen beiden Aspekten lässt sich aber selten eindeutig belegen.

Die dargestellten Ergebnisse verdeutlichen die bisher bestehenden Schwierigkeiten bei der Erfassung von unerwünschten Therapieeffekten: Viele Patienten erleben während einer Therapie unerwünschte Effekte, ohne dass sie dies als besonders beeinträchtigend erleben. Teilweise gehen Therapeuten auch davon aus, dass Therapieeffekte sich auch in Belastungen während der Therapie (z. B. Weinen) oder (belastenden) Veränderungen in verschiedenen Lebensbereichen zeigen müssen, da nur dann Psychotherapie auch wirklich wirke. Bisher fehlen allerdings empirische Belege dafür, dass unerwünschte Therapieeffekte mit dem Therapieoutcome assoziiert sind. Ein weiteres Problem ist, dass unerwünschte Therapieeffekte bisher nicht interventions- und störungsspezifisch erhoben werden. Bei der Entwicklung von Medikamenten wird beispielsweise für jedes einzelne Medikament unter kontrollierten Bedingungen geschaut, mit welchen Nebenwirkungen dies bei einzelnen Störungen einhergeht, und nicht generell die Wirkung von Psychopharmaka im ambulanten Setting erhoben, wie dies die bisherigen Studien zu unerwünschten Psychotherapieeffekten handhaben. Notwendig erscheint daher, dass für jede einzelne psychotherapeutische Intervention unter kontrollierten Bedingungen ein „Nebenwirkungsprofil“ erfasst wird, um Patienten auch wirklich gezielt aufklären zu können.

Für die Praxis bleibt festzuhalten, dass eine umfassende Aufklärung der Patienten nicht nur wegen der Forderungen des deutschen Patientenrechtegesetzes (Bundesgesetzblatt I 2013/3) essentiell notwendig ist. Mit Rücksicht auf die Ergebnisse zur Effektivität psychopharmakologischer Aufklärung lässt sich für die Compliance der Patienten (Fleischhacker et al., 1994) vermuten, dass sich eine umfassende Aufklärung von Psychotherapiepatienten auf die Behandlungsmotivation der Patienten und somit auf den Therapieerfolg auswirkt.

### **Zusammenfassung und Ausblick**

Psychotherapie prinzipiell wirksam ist. Daraus lässt sich als ein Fazit der bisherigen Forschung schlussfolgern, dass alles besser ist als keine psychotherapeutische Behandlung. Besondere Herausforderungen bezogen auf die Wirksamkeit zeigen sich für Patienten mit schwerwiegenden, interaktionellen Beeinträchtigungen und motivationalen Defiziten, aber auch für Therapeutengruppen mit einer eingeschränkten Effektivität ihrer Behandlungen. Hier ist es essentiell notwendig, dass die psychotherapeutische Forschung eingebettet ist in psychologische Grundlagen und klinisch-psychologische Anwendungsforschung, um ein besseres Verständnis psychotherapeutischer Wirksamkeitsprozesse zu erreichen und letztendlich die Responserate für Psychotherapie zu erhöhen. Darüber hinaus ist es für die weiterführende Forschung notwendig, sich dem Thema der unerwünschten Therapieeffekte zuzuwenden und hier mit empirischen Ergebnissen die Grundlage für eine hinreichend valide Aufklärung der Patienten zu bilden.

Eine wichtige Frage, die sich bei der Zusammenstellung der Befunde zur Psychotherapieforschung ergibt, ist die nach der fehlenden Umsetzung der Befunde in die psychotherapeutische Praxis. Bohus (2015) stellt sich dieser Frage in einer Übersichtsarbeit und kommt in seinem persönlichen Fazit zu dem Schluss, dass sowohl Forscher als auch praktisch tätige Psychotherapeuten im Dialog bleiben sollten und gemeinsam Forschungsfragestellungen entwickeln und bearbeiten sollten, um so die Psychotherapie weiterzuentwickeln und die Ergebnisse der Forschung im therapeutischen Alltag umzusetzen und mittels Forschung auch die Fragen zu beantworten, die sich in der täglichen Praxis stellen.

### **Literatur**

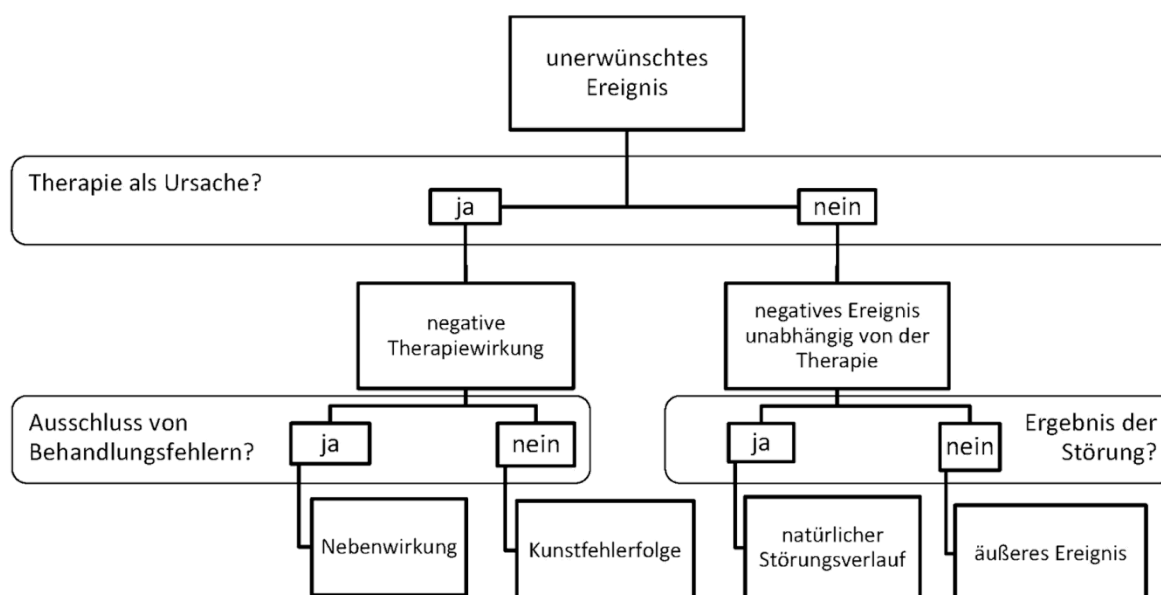
- Ahn, H., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 251–257.
- Anderson, E. M., & Lambert, M. J. (1995). Short-term dynamically oriented psychotherapy: a review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 15, 503–514.
- Atkins, D. C., Rubin, T. N., Steyvers, M., Doeden, M. A., Baucom, B. R., & Christensen, A. (2012). Topic models: a novel method for modeling couple and family text data. *Journal of Family Psychology*, 26, 816–827.

- Bachelor, A., & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. In: Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (Hrsg.), *The heart and soul of change: what works in therapy* (S. 133–178). Washington, D.C: American Psychological Association Press.
- Baldwin, S. A., Berkeljon, A., Atkins, D. C., Olsen, J. A., & Nielsen, S. L. (2009). Rates of change in naturalistic psychotherapy: contrasting dose–effect and good-enough models of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 203–211.
- Baskin, T. W., Tierney, S., Minami, T., & Wampold, B. E. (2003). Establishing specificity in psychotherapy: a meta-analysis of structural equivalence of placebo controls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 973–979.
- Berking, M., & Kowalsky, J. (2012). Therapiemotivation. In: Berking, M., & Rief, W. (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor, Bd. II: Therapieverfahren* (S. 13–22). Berlin: Springer.
- Beshai, S., Dobson, K. S., Bockting, C. L. H., & Quigley, C. (2011). Relapse and recurrence prevention in depression: current research and future prospects. *Clinical Psychology Review, 31*, 1349–1360.
- Bohart, A., & Wade, A. (2013). The client in psychotherapy. In: Lambert, M. J. (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 6. Aufl. (S. 219–257). New York: Wiley.
- Bohus, M. (2015). Elfenbeintürme im Treibsand oder: Was macht es so schwierig, Erkenntnisse aus der Forschung in der therapeutischen Praxis umzusetzen? *Verhaltenstherapie, 25*, 145–155.
- Brakemeier, E. L., Breger, V., & Spitzer, C. (2012). Nebenwirkungen von ambulanter und stationärer Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 44*, 489–510.
- Brown, J., Dreis, S., & Nace, D. K. (1999). What really makes a difference in psychotherapy outcome? Why does managed care want to know? In: Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (Hrsg.), *The heart and soul of change: what works in therapy* (S. 389–406). Washington, D.C: American Psychological Association Press.
- Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In: Lambert, M. J. (Hrsg.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5. Aufl. (S. 194–226). New York: Wiley.
- Craske, M. (2015). Optimizing exposure therapy for anxiety disorders: an inhibitory learning and inhibitory regulation approach. *Verhaltenstherapie, 25*, 134–143.
- Crits-Christoph, P., & Mintz, J. (1991). Implications of therapist effects for the design and analysis of comparative studies of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 20–26.
- Cuijpers, P., Driessen, E., Hollon, S. D., van Oppen, P., Barth, J., & Anderson, G. (2012). The efficacy of non-directive supportive psychotherapy for adult depression: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 32*, 280–291.
- DeRubeis, R. J., Brotman, M. A., & Gibbons, C. J. (2005). Conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument. *Clinical Psychology: Science and Practice, 12*, 174–183.
- Duncan, B. L., Miller, S.D., & Sparks, J. (2004). *The heroic client: principles of client-directed, outcome-informed therapy*, überarb. Aufl. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ehrlich, T., & Lutz, W. (2015). Neue Ansätze zur Modellierung diskontinuierlicher Verläufe in der Psychotherapie: „sudden gains“ und „sudden losses“. *Psychotherapeut, 2015*, 205–209.
- Eifert, G. H. (2011). *Akzeptanz und Commitment-Therapie (ACT)* (Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 45). Göttingen: Hogrefe.
- Federschmidt, H. (1996). Psychosomatik und Psychotherapie: Wirksamkeit und Nutzen von psychotherapeutischen Behandlungsansätzen. *Deutsches Ärzteblatt, 93*, 41–45.
- Fischer-Klepsch, M., Münchau, N., & Hand, I. (2009). Misserfolge in der Verhaltenstherapie. In: Margraf, J., & Schneider, S. (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, 3. Aufl. (S. 262–275). Berlin: Springer.
- Fleischhacker, W. W., Meise, U., Günther, V., & Kurz, M. (1994). Compliance with antipsychotic drug treatment: Influence of side effects. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 89*, Supplement 382, 11–15.
- Flor, H. (2015). Lost in Translation: psychologische Mechanismen und Psychotherapie. *Verhaltenstherapie, 25*, 111–117.
- Frank, J. D. (1971). Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy, 25*, 350–361.
- Goschke, T. (2007). Volition und kognitive Kontrolle. In: Müsseler, J. (Hrsg.), *Allgemeine Psychologie*, 2. Aufl. (S. 271–335). Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2005). (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? . *Psychotherapeutenjournal, 2005*, 4–11.
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, R. P., Constantino, M. J., & Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review, 26*, 657–678.
- Grissom, R. J. (1996). The magical number  $.7 \pm .2$ : 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.
- Haas, E., Hill, R. D., Lambert, M. J., & Morrell, B. (2002). Do early responders to psychotherapy maintain treatment gains? *Journal of Clinical Psychology, 58*, 1157–1172.
- Haupt, M.-L., Linden, M., & Strauß, B. (2012). Definition und Klassifikation von Psychotherapie-Nebenwirkungen. In: Linden, M., & Strauß, B. (Hrsg.), *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie: Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung* (S. 1–14). Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Hoffmann, S. O., Rudolf, G., & Strauß, B. (2008). Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. *Psychotherapeut, 53*, 4–16.



- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S., & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 678–685.
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z., & Lutz, W. (1986). Evaluation of psychotherapy: efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist, 51*, 1059–1064.
- Ilardi, S. S., Craighead, W. E., & Evans, D. D. (1997). Modeling relapse in unipolar depression: effects of dysfunctional cognitions and personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 381–391.
- Imel, Z. E., Barco, J. S., Brown, H. J., Baucom, B. R., Baer, J. S., Kircher, J. C., & Atkins, D. C. (2014). The association of therapist empathy and synchrony in vocally encoded arousal. *Journal of Counseling Psychology, 61*, 146–153.
- Imel, Z. E., Steyvers, M., & Atkins, D. C. (2015). Computational psychotherapy research: scaling up the evaluation of patient-provider interactions. *Psychotherapy, 52*, 19–30.
- Jacobi, F., Uhmann, S., & Hoyer, J. (2011). Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 40*, 246–256.
- Kazdin, A. E., & Bass, D. (1989). Power to detect differences between alternative treatments in comparative psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 138–147.
- Kim, D.-M., Wampold, B. E., & Bolt, D. M. (2006). Therapist effects in psychotherapy: a random effects modeling of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program data. *Psychotherapy Research, 16*, 161–172.
- Ladwig, I., Rief, W., & Nestoriuc, Y. (2014). Welche Risiken und Nebenwirkungen hat Psychotherapie? Entwicklung des Inventars zur Erfassung negativer Effekte von Psychotherapie (INEP). *Verhaltenstherapie, 24*, 252–263.
- Laireiter, A. R., & Botermans, J. F. (2005). Ausbildungsforschung in der Psychotherapie. In: Laireiter, A. R., & Willutzki, U. (Hrsg.), *Ausbildung in Verhaltenstherapie* (S. 53–101). Göttingen: Hogrefe.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: implications for integrative and eclectic therapists. In: Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy integration* (S. 94–129). New York: Basics Books.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert, M. J. (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change, 6. Aufl.* (S. 169–218). Hoboken, N.J.: Wiley.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In: Bergin, A.E., & Garfield, S. L. (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change, 4. Aufl.* (S. 143–189). New York: Wiley.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., & Finch, A. E. (2001). Patient-focused research: using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 159–172.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Hawkins, E. J., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L., & Smart, D. W. (2003). Is it time for clinicians routinely to track patient outcome? A meta-analysis. *Clinical Psychology, 10*, 288–301.
- Linden, M. (2011). Nebenwirkungen und Nebenwirkungserfassung in der Verhaltenstherapie. In: Linden, M., & Hautzinger, M. (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual, 7. Aufl.* (S. 44–50). Berlin: Springer.
- Linden, M. (2013). How to define, find and classify side effects in psychotherapy: from unwanted events to adverse treatment reactions. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 20*, 286–296.
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: confirmation from meta-analysis. *American Psychologist, 48*, 1181–1209.
- Luborsky, L., Auerbach, A. H., Chandler, M., Cohen, J., & Bachrach, H. M. (1971). Factors influencing the outcome of psychotherapy: a review of quantitative research. *Psychological Bulletin, 75*, 145–185.
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G. E., O'Brien, C. P., & Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry, 42*, 602–611.
- Luborsky, L., Singer, J., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapy: Is it true that “Everyone has won and all must have prizes”? *Archives of General Psychiatry, 32*, 995–1008.
- Lutz, W., Hofmann, S., Rubel, J., Boswell, J. F., Shear, M. K., Gorman, J. M., Woods, S. W., & Barlow, D. H. (2014). Patterns of early change and their relationship to outcome and early treatment termination in patients with panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*, 287–297.
- Lutz, W., Leon, S. C., Martinovich, Z., Lyons, J. S., & Stiles, W. B. (2007). Therapist effects in outpatient psychotherapy: a three-level growth curve approach. *Journal of Counseling Psychology, 54*, 32–39.
- McCullough, J. P., Jr. (2006). *Treating chronic depression with disciplined personal involvement: cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP)*. New York: Springer.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sorrell, R., & Chalk, M. B. (2006). Using formal client feedback to improve retention and outcome: making ongoing, real-time assessment feasible. *Journal of Brief Therapy, 5*(1), 5–22.
- Mohr, D. C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: a critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2*, 1–27.
- Nestoriuc, Y., & Rief, W. (2012). Risiken und Nebenwirkungen von Verhaltenstherapie. In: Linden, M., & Strauß, B. (Hrsg.), *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie: Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung* (S. 59–74). Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Norcross, J. C. (2011). *Psychotherapy relationships that work. Evidence-based responsiveness, 2. Aufl.* Oxford: University Press.
- Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L., & Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: an empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 10*, 361–373.
- 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. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In: Garfield, S. L., & Bergin, A. E. (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 3. Aufl. (S. 311–384). New York: Wiley.
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change. In: Lambert, M. J. (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5. Aufl. (S. 307–389). New York: Wiley.
- Pfammatter, M., Junghan, U. M., & Tschacher, W. (2012). Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie: Konzepte, Widersprüche und eine Synthese. *Psychotherapie*, 17(1), 17–31.
- Puschner, B., Kraft, S., Kächele, H., & Kordy, H. (2007). Course of improvement over 2 years in psychoanalytic and psychodynamic outpatient psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy*, 80, 51–68.
- Reese, R. J., Toland, M. D., & Hopkins, N. B. (2011). Replicating and extending the good-enough level model of change: considering session frequency. *Psychotherapy Research*, 21, 608–619.
- Robinson, L. A., Berman, J. S., & Neimeyer, R. A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: a comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108, 30–49.
- Roediger, E. (2011). *Praxis der Schematherapie*, 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Rucci, P., Frank, E., Scocco, P., Calugi, S., Miniati, M., Fagiolino, A., & Cassano, G. B. (2011). Treatment-emergent suicidal ideation during 4 months of acute management of unipolar major depression with SSRI pharmacotherapy or interpersonal psychotherapy in a randomized clinical trial. *Depression and Anxiety*, 28, 303–309.
- Sachse, R. (2006). *Therapeutische Beziehungsgestaltung*. Göttingen: Hogrefe.
- Saxon, D., & Barkham, M. (2012). Patterns of therapist variability: therapist effects and the contribution of patient severity and risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 535–546.
- Shapiro, D. A., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: a replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581–604.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Mellor-Clark, J., & Connell, J. (2008). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies in UK primary-care routine practice: replication in a larger sample. *Psychological Medicine*, 38, 677–688.
- Strotzka, H. (1969). *Psychotherapie und soziale Sicherheit*. Bern: Huber.
- Taylor, D. J., Walters, H. M., Vittengl, J. R., Krebaum, S., & Jarrett, R. B. (2010). Which depressive symptoms remain after response to cognitive therapy of depression and predict relapse and recurrence? *Journal of Affective Disorders*, 123, 181–187.
- Wampold, B. E., & Brown, G. S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: a naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 914–923.
- Weck, F. (2013). *Psychotherapeutische Kompetenzen: Theorien, Erfassung, Förderung*. Berlin: Springer Medizin.
- Witichen, H.-U., Härtling, S., & Hoyer, J. (2015). Psychotherapy and mental health as a psychological science discipline. *Verhaltenstherapie*, 25, 98–109.



**Abbildung 1:** Klassifikation unerwünschter Effekte von Psychotherapie in Anlehnung an Haupt et al. (2012)

## **Autorinnen**

Franziska Einsle, geboren 1976, ist seit 2013 Studiengangsleiterin des Masterstudiengangs „Psychische Gesundheit und Psychotherapie“ an der SRH Fachhochschule für Gesundheit in Gera (Forschungsschwerpunkte: Interaktionelle Prozesse in Psychotherapie und Prävention; Unerwünschte Therapieeffekte; Sturzangst; Einstellungen von Psychologen zur Psychotherapie; Der Arzt als Patient). Nach dem Studium der Psychologie ein Jahr Beschäftigung mit der Evaluation problemorientierten Lernens (POL) an der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden; von 2000 bis 2007 wissenschaftliche Mitarbeiterin, Lehrkoordinatorin und Leitende Psychologin in der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik am Universitätsklinikum Carl Gustav-Carus der TU Dresden; 2003 Abschluss der Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (Schwerpunkt Verhaltenstherapie) und 2004 Promotionsabschluss; 2007 Wechsel ans Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der TU Dresden als Studienkoordinatorin eines großen Therapieprojektes zur Expositionstherapie bei Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie sowie als Koordinatorin des Aufbaustudiengangs Psychologische Psychotherapie (IAP, 2007–2009).

Samia Härtling, geboren 1981, ist seit Anfang 2011 als Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Technischen Universität Dresden insbesondere als Studiengangskoordinatorin für Studierende des Schwerpunktbereiches Klinische Psychologie und Psychotherapie (Prof. Dr. H.-U. Wittchen) tätig (Forschungsschwerpunkte: Errötungsangst, Erythrophobie und Soziale Angst; Verhaltenstherapie und Aufmerksamkeitstraining; Gruppenpsychotherapie; Unerwünschte Therapieeffekte). Nach Beendigung des Studiums der Psychologie (2005) an der TU Dresden mit dem Schwerpunktstudium A/O-Psychologie und Klinische Psychologie Tätigkeit als Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl Klinische Psychologie der TU Dresden bei Prof. Dr. H.-U. Wittchen und Prof. Dr. J. Hoyer; von 2009 bis 2010 Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Technischen Universität Dresden im DFG-Projekt „Klinische Spezifität dysfunktionaler habitueller Aufmerksamkeitsprozesse bei der Erythrophobie und ihre Veränderbarkeit“ (Projektleitung Prof. Dr. J. Hoyer); 2011 Abschluss der Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (Schwerpunkt Verhaltenstherapie) und Promotionsabschluss; 2006 Auszeichnung mit dem Werner-Straub-Preis des Vereins Psychologie Kontakt der TU Dresden für hervorragende Leistungen der wissenschaftlichen Qualifikation; 2014 DGVT-Förderpreis für die Entwicklung eines spezifischen und innovativen Programms zur Behandlung der Errötungsangst.

## **Korrespondenz**

E-Mail: [franziska.einsle@srh-gesundheitshochschule.de](mailto:franziska.einsle@srh-gesundheitshochschule.de)

Article inédit (thème principal)

*Franziska Einsle, Samia Härtling*

## **Recherche en psychothérapie: état des lieux actuel et enjeux pour l'avenir**

Cet article traite de divers travaux de recherche importants en matière de psychothérapie et démontre en se fondant sur de nombreuses méta-analyses (Lipsey & Wilson, 1993; Shapiro & Shapiro, 1982; Smith, Glass, & Miller, 1980) que la psychothérapie (toutes écoles confondues) est bien une méthode thérapeutique efficace en cas de troubles et de symptômes psychiques constatés dans le cadre de pathologies corporelles. On considère aujourd'hui que 40-60 % des patients tirent profit d'une intervention psychothérapeutique en termes de réduction de leurs symptômes (Lambert, 2013). À cet égard, la psychothérapie — indépendamment de l'école concernée — s'avère efficace, y compris, dans le cadre d'une prise en charge de routine (Stiles, Barkham, Mellor-Clark, & Connell, 2008). La psychothérapie apporte également une amélioration significative du bien-être, la rémission de symptômes, une réduction du risque de rechute et une amélioration des capacités fonctionnelles des patients, mais elle permet aussi de réduire la prise de médicaments, le nombre de contacts avec des médecins et les coûts de santé du fait d'hospitalisations moins fréquentes (Lambert, 2013).

En adoptant le postulat de Grawe (2004), nous partons du principe que la psychothérapie aboutit à des modifications neuronales s'expliquant par la neuroplasticité du cerveau et que le fait de le savoir aide à développer encore la psychothérapie. Nous considérons donc la psychothérapie — indépendamment de l'école retenue — comme un processus d'apprentissage qui doit entraîner une modification des interactions synaptiques et du processus de mémorisation, car c'est le seul moyen d'obtenir une réduction à long terme de la symptomatique ainsi qu'une amélioration du bien-être du patient. Nous pensons donc qu'il est nécessaire que la recherche en psychothérapie s'imbrique dans les sciences voisines, tout en continuant d'affirmer ses origines en tant que discipline relevant de la psychologie (Wittchen, Härtling, & Hoyer, 2015).

La mise en place de critères raisonnables de contrôle représente un défi particulier si l'on veut étudier l'efficacité des prises en charge. Ainsi, la méta-analyse de Lipsey et Wilson (1993) a démontré que l'effet moyen était de .67 avec une condition d'attente lors de la comparaison entre interventions psychothérapeutiques, mais qu'il était de .44 lors de la comparaison avec un placebo. On s'interroge à ce sujet sur la façon dont un placebo peut être organisé en psychothérapie et comment cet aspect de la recherche peut être rattaché aux résultats sur les facteurs généraux d'efficacité.

La recherche sur les facteurs prédictifs de succès du traitement occupe une place importante dans la recherche en psychothérapie. Du côté du patient, la présence de comorbidités (Taylor, Walters, Vittengl, Krebaum, & Jarrett, 2010), en particulier d'un trouble comorbide de l'axe II, s'avère significatif pour la réussite du traitement (Ilardi, Craighead, & Evans, 1997). La sévérité des symptômes au début du traitement (Rucci et al., 2011) semble également prédictif de la survenue de rechutes. La motivation du patient est l'une des variables personnelles qui est aussi un bon indicateur du résultat du traitement (Bohart & Wade, 2013; Luborsky, Chandler, Auerbach, Cohen, & Bachrach, 1971). Il est prouvé que bien comprendre les particularités propres à certains groupes de patients est indispensable pour que la psychothérapie ait plus de chances de réussir. Du côté du thérapeute, Luborsky et al. (1985) ont déjà démontré une efficacité diverse des thérapeutes, tenant compte de la qualité de l'alliance thérapeutique et des capacités interpersonnelles du thérapeute, de l'intérêt qu'a le thérapeute à la réussite du patient, mais aussi de sa capacité d'adaptation et de la transparence de l'intervention thérapeutique utilisée (Lambert, 2013). Du point de vue des variables thérapeutiques, la recherche en psychothérapie s'est intéressée pendant longtemps à l'efficacité comparative des différents courants/procédés thérapeutiques, mais ces différences ne trouvent pas de confirmation empirique aujourd'hui (Pfammatter, Junghan, & Tschacher, 2012). L'une des autres variables thérapeutiques étudiées pour sa puissance prédictive est ce qu'on appelle les «sudden gains» (c'est-à-dire l'amélioration rapide et nette des symptômes), dont il est possible entre autres de déduire qu'un feedback permanent sur le bien-être du patient est judicieux pour garantir la réussite du traitement à long terme (Duncan, S.D, & Sparks, 2004).

L'article dresse aussi un bref état des lieux actuel des facteurs d'efficacité spécifiques et non spécifiques (généraux). Il ressort de ces deux domaines qu'une collaboration étroite entre la recherche fondamentale et la recherche en psychothérapie est nécessaire pour garantir une meilleure compréhension à long terme des mécanismes qui sous-tendent la psychothérapie.

Les effets indésirables des traitements qui comprennent leur échec, mais aussi des effets nocifs (y compris, des effets secondaires), restent jusqu'ici un domaine plus délaissé de la recherche en psychothérapie. En tenant compte des exigences de la loi allemande relative aux droits des patients (bulletin officiel de 2013) pour les

recherches à venir, il est indispensable de rédiger des définitions et des instruments de recueil homogènes et de générer des «profils d'effets indésirables» pour chaque intervention afin de pouvoir fournir des explications utiles aux patients.

Pour résumer, il est établi que la psychothérapie est pour l'essentiel efficace. La conclusion qui s'impose en bref à l'issue des recherches effectuées jusqu'ici est que tout vaut mieux qu'une absence de traitement psychothérapeutique. Les patients présentant des difficultés interactionnelles sévères et des déficits motivationnels représentent un défi particulier en termes d'efficacité, au même titre que les groupes de thérapeutes dont l'efficacité des traitements est limitée. À cet égard, il est essentiel que la recherche en psychothérapie ait un ancrage dans la recherche fondamentale et clinique appliquée afin de mieux comprendre les mécanismes de l'efficacité psychothérapeutique, donc d'améliorer le taux de réponse à la psychothérapie. Il est également nécessaire, pour aller plus loin dans la recherche, de s'attaquer au sujet des effets indésirables des traitements et de pouvoir fournir aux patients une explication valable sur la base d'éléments empiriques.

**Mots-clés:** Psychothérapie — efficacité — facteurs prédictifs — facteurs d'efficacité — mécanismes d'action — effets secondaires — effets indésirables du traitement